

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
ของเด็กสมาธิสั้น

นางสาวมยุรา ชัยเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2555  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS , CLINICAL FACTORS,  
AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CHILDREN  
WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Miss. Mayura Chaiyadech

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2012  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
โดย	นางสาวมยุรา ชัยเดช
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ขัมภลจิต)

มยุรา ชัยเดช: ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, CLINICAL FACTORS, AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม:อาจารย์. ดร.สุนิศา สุขตระกูล , 145 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-11 ปี จำนวน 187 คน กลุ่มตัวอย่าง คือบิดา มารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบวัดความรุนแรงของอาการ 2) แบบประเมินพฤติกรรม 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .92, .90, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยที่สำคัญ คือ

1.เด็กสมาธิสั้นมี คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยรวมดี คิดเป็นร้อยละ 49.20 ในด้านความสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาตามลำดับคือ ด้านความพึงพอใจ ร้อยละ 51.9 ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ ร้อยละ 51.3 ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ร้อยละ 47.1 ด้านความสุขสบาย ร้อยละ 43.3

2. ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบ ( $r = -.270, -.507, -.398$ ) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช...

ปีการศึกษา.....2555.....

ลายมือชื่อนิติ.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

## 5377592636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: PERSONAL FACTORS, CLINICAL FACTORS, HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE, CHILDREN WITH ATTENTION - DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

MAYURA CHAIYADECH: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, CLINICAL FACTORS, AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CHILDREN WITH ATTENTION - DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., AND COADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 145pp.

The purposes of this descriptive research are: 1) to study the personal and clinical factors with health related quality of life among children with ADHD, and 2) to study the relationships between personal factors and clinical factors with health related quality of life among children with ADHD, aged 6 – 11 years. The participants were 187 parents or caregivers of children with ADHD, from outpatient services in hospitals of the Department of Mental Health. Research instruments were 1) SNAP - IV [Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire (Short Form)]. 2) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). 3) CHIP - CE/PRF [Child Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form (Thai version)]. All instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliabilities were .92, .90, and .96 respectively. Correlation analysis was done by Pearson’s Product Moment Coefficient. Major findings were:

Overall and each aspect of health related quality of life among children with ADHD were at a good level. The clinical factors as peer behavior problems, social behavior problems

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing...	Student’s Signature.....
Academic Year :.....2012.....	Advisor’s Signature.....
	Co-Advisor’sSignature.....

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. เด็กสมาธิสั้น.....	12
1.1 พัฒนาการของเด็ก ทฤษฎีพัฒนาการของ อิริคสัน (Erikson).....	13
1.2 ความหมายและลักษณะ โรคของเด็กสมาธิสั้น.....	16
1.3 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและความรุนแรงของโรค.....	17
1.4 สาเหตุของการเกิดโรค.....	19
1.5 ลักษณะอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค.....	21
1.6 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น.....	22
1.7 การรักษา.....	23
1.8 ระบบบริการสุขภาพจิตและการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทย.....	27
2. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น.....	29
2.1 การใช้กระบวนการพยาบาล.....	30
2.2 บทบาทและหน้าที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.....	30
3. แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น.....	34
3.1 ความหมายคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	34
3.2 การวัดและเครื่องมือ.....	38

	หน้า
4.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น.....	40
4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	42
4.2 ปัจจัยทางคลินิก.....	44
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
6.กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	84
ภาคผนวก.....	92
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	93
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรง.....	95
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	121
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	140
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	145

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	1
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.....	54
2	แสดงข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	58
3	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว.....	64
4	จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้น จำแนกเด็กตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ของเด็ก การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา.....	65
5	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับ ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	66
6	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการ จำแนกตามความ รุนแรงของอาการขาดสมาธิ และความรุนแรงของอาการซุกซน-อาการ หุนหันพลันแล่น.....	65
7	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม จำแนกตามระดับของปัญหา	68
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดามารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น.....	69
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น.....	70
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจำแนก รายชื่อ.....	134
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายชื่อ .....	135
12	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำแนกรายชื่อ.....	136



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และอ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อ.ดร.สุนิสา สุขตระกูลที่กรุณาให้ความรู้และชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์ตลอดมา ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และ อาจารย์ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการ แก้ไขและปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่ กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลืออย่างดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ที่ให้ความสำคัญในการศึกษาและให้โอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และช่วยเหลือสนับสนุนข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

และที่สำคัญขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและ สมาชิกครอบครัวรวมทั้งเพื่อนที่เป็น กัลยาณมิตรที่ดี ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน และมีพลังในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคทุกอย่างจนสำเร็จ

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้นและ ครอบครัว ขอให้ท่านมีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder - ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่ง ส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม อาการซน อยู่ไม่นิ่ง อาจพบลักษณะอาการที่เด่นแตกต่างกันไป โดยเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปี และแสดงอาการในสถานการณ์ หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน และที่บ้าน (American Psychiatric Association, 2000) โรคสมาธิสั้น ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางจิตเวชเด็ก พบร้อยละ 5-10 ในเด็กทั่วโลก โดยความชุกของโรคสมาธิสั้น ในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปีในต่างประเทศ พบร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 3-10 โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) จากการทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษาของเด็กสมาธิสั้นในสถานบริการเฉพาะทางจิตเวชเด็กพบแนวโน้มสูงขึ้น ดังรายงานของ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในปี 2552 ถึง 2554 มีจำนวน 6,070, 6,550 และ 7,220 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ 2552, 2553 และ 2554) และจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กกษัตริย์ศึก มีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการในปี 2552 ถึง 2554 จำนวน 490, 566 และ 1,826 คน ตามลำดับ (สถิตินิตยสารสุขภาพจิตเด็กกษัตริย์ศึก , 2554)

โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก โดย อาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เชื่อว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากพันธุกรรมที่น่าจะเกี่ยวข้องกับยีนมากกว่า 10 ตำแหน่ง โดยผู้ป่วยแต่ละ รายอาจมีความผิดปกติของยีนตำแหน่งที่แตกต่างกัน ( Faraone et al., 2005) การศึกษาเกี่ยวกับสมองพบว่าผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นมีปริมาตรของเนื้อสมองส่วน frontal และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติ (Sowell et al., 2003) ระบบสารสื่อประสาทพบว่า มีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ dopamine, noradrenaline และ serotonin (Dougherty et al., 1999) นอกจากนี้ ภาวะต่างๆที่มีผลต่อการพัฒนาของสมอง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ของมารดา จะส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น สำหรับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมยังไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น แต่อาจเป็นปัจจัยเสริมให้อาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นรุนแรงมากขึ้น (Mick et al., 2002)

ลักษณะอาการของ เด็กสมาธิสั้น ที่สำคัญได้แก่ อารมณ์หุนหันพลันแล่น ขาดสมาธิและ ชุกชุน เป็นความยากลำบากหรืออุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ และการทำหน้าที่โดยรวม ในเด็กสมาธิสั้นจะมีอยู่ร้อยละ 50-60 ที่มีปัญหาการแสดงออกและการ ควบคุมอารมณ์ จนเด็กถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน และคนรอบข้าง รู้สึกตนเองโดดเดี่ยว คุณค่าใน ตนเองต่ำ (Johnston, 2001) มีปัญหาพฤติกรรมในโรงเรียนและการเรียนจนนำไปสู่การ ถูกไล่ออก จากโรงเรียน หากเด็ก ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องหรือถูกปล่อยปละละเลย ก็จะมีพฤติกรรมเกร อันธพาลมากขึ้น และอาจนำไปสู่การ พึ่งพายาเสพติด (Barkley, 1998) จากอาการและผลกระทบที่ เกิดขึ้น สะท้อนภาพปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life - HRQoL) หมายถึง การรับรู้สุขภาพ (Health) ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และการทำหน้าที่โดยรวม (Functioning) ของเด็ก (Revicki et al., 2000) ในการศึกษาเด็ก สมาธิสั้นในครั้งนี้เป็นเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทั้งนี้เนื่องจากพยาบาล สามารถให้การดูแลในเรื่องแนวทางการรักษาด้วยยา หรือการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็ก เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลเด็กได้ แต่ก็ยังมีเด็กสมาธิสั้นอีกส่วนหนึ่งในสังคมที่ไม่ได้รับการ ดูแลรักษาและยังคงเป็นปัญหาต่อสังคมต่อไป

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ถูกกล่าวถึงโดย Riley และคณะ ในปี 2006 (Riley et al., 2006) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) 2) ด้านความสบาย (Comfort) 3) ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ (Resilience) 4) ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) และ 5) ด้านความสำเร็จ (Achievement) สำหรับด้านความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพรวมทั้งการนับถือตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นนั้นมัก พบปัญหาในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้พ่อแม่หนักใจและบางครั้งมักกล่าวดักเตือน หรือ ตำหนิบ่อยครั้งซึ่งมีผลต่อตัวเด็กเองเกิดความรู้สึกกดดัน เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจทำให้เด็กเกิดความ ภาควิใจในตนเองต่ำ (Escobar et al., 2005) ด้านความสบาย (Comfort) หมายถึง ความรู้สึกด้าน ร่างกาย อารมณ์และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย จะเห็น ว่าอาการชุกชุนและอาการหุนหันพลันแล่นที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นบ่อยครั้งที่เกิดปัญหาในเด็ก เช่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้คือ อดทนรอใครไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมซึ่งสิ่ง เหล่านี้เป็นผลมาจากการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (DuPaul et al., 2001) ด้านความสามารถในการฟื้น กลับ (Resilience) หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วม ในครอบครัวและ การรับรู้ถึงการส่งเสริมจากครอบครัว รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่าง บุคคลและ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่า ในเด็กสมาธิสั้นมักไม่สามารถแก้ไข ปัญหาต่างๆได้ในการทำกิจกรรม เนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัวรวมทั้งทักษะทางสังคมใน

การคิดแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม (Alessandri, 1992) ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม ที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการ รวมทั้งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในเด็กสมาธิสั้น มักพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ก้าวร้าว รุนแรง คือไม่เชื่อฟัง การควบคุมตนเอง ไม่ได้ ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและหันไปพึ่งพาเสพติด (Connor et al., 2003) และด้านความสำเร็จ (Achievement) หมายถึง ความสำเร็จด้านการเรียนและสัมพันธภาพ พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายอาจมีระดับสติปัญญาสูงก็พบได้บ่อย แต่เด็กมักพบความยากลำบากในการเรียนที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากันในการทำใหสำเร็จ (อุมาพร ตรีภคสมบัติ , 2546) ด้วยสาเหตุที่เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี อดทนรอคอยไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม รวมทั้งอารมณ์หงุดหงิดง่ายและควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีนัก จึงมักทำให้ผู้อื่นรู้สึกไม่พอใจ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมโต้ตอบ ซึ่งเป็นผลให้เด็กมีความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในครอบครัวไม่ดี เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ (Harpin , 2005) ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ ความสุขสบาย ความสามารถในการฟื้นกลับ และความสำเร็จในชีวิตของตัวเอง รวมทั้งการหลีกเลี่ยง เสี่ยงต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัวได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ คือ องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Riley et al. (2006)

ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบ การศึกษาปัจจัยด้านเพศโดย เพศชายเมื่อเจ็บป่วยจะมีลักษณะอาการสมาธิสั้นที่รุนแรงกว่าเพศหญิง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีเท่าเพศหญิง ( Klassen, 2004) ) ปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุของเด็กสมาธิสั้นช่วงประถมวัยเป็นช่วงอายุที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลต่อการเริ่มเรียนรู้ในห้องเรียน ก่อให้เกิดความบกพร่องในการเรียนรู้ ทุกๆ เรื่องรวมถึงการเรียนรู้ ที่จะดูแลสุขภาพตนเองไปด้วย (Cunningham, 2002) ด้านการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ บิดา-มารดาอยู่ร่วมกัน จะร่วมกันแก้ปัญหาคาดการดูแลเด็กซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กด้วย (ลำเจียก กำธรและคณะ, 2550) ด้านการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว หากบิดาหรือมารดาเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าหรือป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ย่อมส่งผลให้การดูแล เลี้ยงดู การสนับสนุนเด็กเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพบกพร่องได้ ( Olfson et al., 2003) ด้านปัญหากับเพื่อนเมื่อเด็กไม่สามารถควบคุมตนเอง กระทำพฤติกรรมรุนแรงขณะทำกิจกรรมกับเพื่อนอาจถูกเพื่อปฏิเสธการเข้ากลุ่มได้ ด้านปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมักมีปัญหการปรับตัว อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรงทะเลาะเบาะแว้ง เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพต่อไปได้ (Becker et al., 2006) และด้านความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หากเด็กมี

อาการมากทั้งหุนหันพลันแล่น ชุกชนยอมก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและ ปัญหาที่เกี่ยวข้องต่างๆมากยิ่งขึ้น (Matza et al., 2004)

สำหรับระบบการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยพบในสถานบริการ สาธารณสุขระดับตติยภูมิเป็นส่วนใหญ่ โดยให้การรักษาดัวยยาเพื่อช่วยควบคุมสมาธิ และการรักษา ด้านจิตสังคม ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็ก และช่วยเหลือครอบครัวโดยการให้ความรู้ การฝึกพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ในขณะที่มีเด็กสมาธิสั้นอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ดังการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในเด็กในภาพรวมปี 2548 ที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นไทยที่มีอายุ 6-18 ปี ร้อยละ 5.1 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม และมีเด็กอีกกว่า 6 แสนคนกำลังมีปัญหาทางจิต ที่ควรได้รับความช่วยเหลือ โดยปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้นครอบคลุมถึง ปัญหาสมาธิสั้นด้วย (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550 – 2554) โดยเด็กเหล่านี้อาจไม่ได้รับแม้การตรวจวินิจฉัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่บกพร่องนำไปสู่ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นเหล่านี้ ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น เพื่อสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของเด็กสมาธิสั้นในการดำเนินชีวิตในสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในครอบครัว ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล และการที่พยาบาลสุขภาพจิตละจิตเวชเด็กที่สามารถช่วยเหลือ ดูแลเด็กและครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่จัดกระทำต่อปัจจัย หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ทั้งความพึงพอใจ ความสุขสบาย ความสามารถในการฟื้นกลับ การหลีกเลี่ยง ความเสี่ยง และความสำเร็จ จึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยเรื่องนี้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน หรือคนในสังคม และ 3) ปัจจัยทางคลินิก ที่ครอบคลุมลักษณะทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้เป็นเหตุผลที่สำคัญในการเลือกตัวแปร นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการจัดการจัดระบบการดูแลให้เหมาะสมต่อไปด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยศึกษาตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ ที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน 5 ตัวแปร ของ Riley และคณะ (2006) ได้แก่ ด้านความพึงพอใจ ด้านความสุขสบาย ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และด้านความสำเร็จ โดยปัจจัยที่เลือกสรรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นดังนี้

1. เพศ จากการทบทวนวรรณกรรม เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.4 พบว่าลักษณะเพศชาย จะแสดงพฤติกรรมที่ออกมาในลักษณะก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง (Leadbeater et al., 1999) และยังพบว่าในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นเพศหญิง จะได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่รุนแรง และเป็นปัญหาระยะยาว จากความผิดปกติ และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านอารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคม (Sayal, 2003) ส่วนการศึกษาเรื่องเพศกับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Novik et al. (2006) ที่ศึกษาเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-18 ปี ในทวีปยุโรป 10 ประเทศ พบว่าความแตกต่างของเพศหญิงและชาย คະแนนในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่รายด้านพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านความพึงพอใจ และด้านความสุขสบายเพศหญิง น้อยกว่าเพศชาย ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความเสี่ยงในเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย

2. อายุ ซึ่งเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม สังคมมีความคาดหวังว่าเด็กเมื่อมีอายุมากขึ้นเด็กจะมีพัฒนาการตามวัย แต่สำหรับเด็กสมาธิสั้น เด็กจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยปฐมวัย และครึ่งหนึ่งของเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาขาดสมาธิ พบว่าร้อยละ 48 ของเด็กวัยเรียน(อายุ 6-12 ปี) ปัญหาที่เด่นชัดในเด็กวัยนี้ที่บิดามารดาต้องนำมาพบแพทย์ เนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรม เช่น

ก้าวร้าวรุนแรง คือไม่เชื่อฟัง จากการศึกษาของ Connor et al., (2003) พบว่าเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น ความคาดหวังว่าจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของตนเองดีขึ้น จึงคาดหวังว่าอายุ จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

3. การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา พบว่าการที่บิดามารดาอยู่ร่วมกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน การ ทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวคุ้นเคยมีความสนิทสนมระหว่างบิดามารดาและบุตร มีความสัมพันธ์ตามบทบาทสมาชิกในครอบครัว คือรากฐานที่สำคัญของสัมพันธภาพภายใน ครอบครัว ก่อให้เกิดอึดอมโนทัศน์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เกิดความผูกพันที่ใกล้ชิด มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม ที่จะทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยจาก สิ่งรอบด้านที่มากกระทบต่อภาวะจิตใจ เด็กจะรู้สึกมีความสุข ที่ได้รับความรักความอบอุ่น เกิดความ มั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เด็กมอง โลกในแง่ดี และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ถ้าเจียด คำธรรและคณะ , 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Riley et al. (2006) พบว่าการอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดาการ ช่วยเลี้ยงดูเด็กด้วยความเข้าใจรวมทั้งการช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ในด้านความพึงพอใจ และด้านความสุข สบาย

4. ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิตในครอบครัว จากการศึกษาของ Anastopoulos (1992) พบว่า ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่พ่อแม่มีภาวะเครียดมากในการเลี้ยงดูเด็ก จะหัน ไปพึ่งพาสุรา และเกิด ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวจะเกิดภาวะซึมเศร้า ในสมาชิกของครอบครัวได้ และจากการศึกษา ของ Olfson et al. (2003) ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลจะส่งผลต่อ การดูแลเด็ก ดังนั้น ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต ในครอบครัว จึงคาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

5. ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน เด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาในการควบคุมตนเอง เพราะไม่ สามารถที่จะบังคับตัวเองได้ ทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงขณะเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน และในที่สุดก็จะถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม ซึ่งบ่อยครั้งที่จะพบเด็กมีพฤติกรรมที่เกะกะระราน ไร้กิริยา และวาจาที่ไม่เรียบร้อย หรือ พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อ ผู้อื่นได้แก่ การตี เตะ ทำลายข้าวของ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่น และต่อต้านไม่ร่วมมือ รวมทั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น (Connor et al.,2003) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Becker et al. (2006) ในเด็กสมาธิสั้น พบปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบ กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสำเร็จ

6. ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุม พฤติกรรมของตนเองและมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลายๆ ด้าน การไม่เคารพกฎ

กตึกาของสังคค ทำให้บิคามารคาคคความยากลำบากในการดูแลและอาจใช้วิธีการคุด่า ลงโทษหรือจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็ผลทำให้เด็กมีการปรับตัวได้ลำบาก และอาจมีปัญหาคคกรรมหรืออารมณ์อื่นๆ ตามมา รวมทั้งพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคคเล็กๆ น้อยๆ ในวัยเด็กนั้นถือเป็สัญญาคคเดือว่า คคความเสี่ยงสูงขึ้ในการที่จะเกิดพฤติกรรม Antisocial ในเวลาต่อมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neale (2001) ที่พบวาคคเด็กสมาธิสั้นที่มี Conduct disorder ร่วมด้วยมีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตเป็ผู้ใหญ่ที่มีบุคคคลิกแบบอันธพาล ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Becker et al. (2006) ในเด็กสมาธิสั้นพบปัญหาพฤติกรรมทางสังคค คคความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสามารถในการฟื้นกลับ กับการหลีกเลี่ยง

7. ความรุนแรงของอาการ จากผลการศึกษาของ Riley et al . (2004) พบวาคคเด็กที่มีอาการชุกชนหรือหุนหันพลันแล่นเด็กจะ เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา มักจะพบการบาดเจ็บด้านร่างกายบ่อยๆ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ส่วนอาการขาดสมาธิ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเรื่องความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Preuss et al. (2006) พบวาคคความรุนแรงของอาการ โดยรวม ทั้งอาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น และอาการชุกชนสูง จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

จากแนวคิดและการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบวาคคมีปัจจัยที่คคความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้เด็กสามารถดำรงชีวิต รวมทั้งการมีภาวะสุขภาพที่ดีนั้นเป็ปัจจัยที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ ให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีในเด็กสมาธิสั้นได้

**จากแนวคิดและจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาดังนี้**

1. เพศ อายุ คคความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
2. การอยู่ร่วมกับบิดา-มารคา และประวัติการเจ็บป่วย ทางจิตในครอบครัว คคความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
3. ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคค ความรุนแรงของอาการ คคความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น



## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ บิดามารดาของเด็กสมาธิสั้น (อายุ 6-11 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก ตาม International Classification of Disease/ICD 10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ( Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่ผู้วิจัยสรุปได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ
3. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เด็กสมาธิสั้น หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 6-11 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยตาม International Classification of Disease/ICD 10 ซึ่งเข้ารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. บิดามารดาหรือผู้ปกครอง หมายถึง บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับเด็กที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สุขภาพ (Health) ความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) หรือการดำรงชีวิต การทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในครอบครัว และการทำหน้าที่โดยรวม (Functioning) ซึ่งประกอบด้วย การเรียน สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพในสังคม ตามแนวคิดของ Riley (2006) แบ่งได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ความพึงพอใจ ( Satisfaction) หมายถึง การรับรู้ถึง ความเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แข็งแรง สุขภาพ ความภาคภูมิใจในตนเอง ชื่นชอบตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความรักของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง

3.2 ความสุขสบาย ( Comfort) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายทางกายภาพและอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการ

เจ็บป่วย เช่น การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตใจ ความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด อารมณ์เสีย กระวนกระวาย หรือวิตกกังวล หวาดกลัว และในบางครั้งที่รู้สึกได้ถึงการผ่อนคลาย รวมถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นผลมาจากสมาธิสั้นเป็นต้น

3.3 ความสามารถในการฟื้นกลับ ( Resilience) หมายถึง การมีส่วนร่วมในครอบครัวและการแก้ปัญหาทางสังคม รวมทั้งการมีกิจกรรมทางกาย เช่น ปัญหาจากการเดิน การวิ่ง การขึ้นบันได การเล่นกีฬาของเด็ก และการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การอ่านหนังสือ การรับฟังความรู้สึก ความคิดเห็นของเด็ก รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

3.4 การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) หมายถึง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงส่วนบุคคลและการคุกคามต่อความสำเร็จ เช่น เด็กสมาธิสั้นมักทำอะไรที่ไม่ระมัดระวังถึงความปลอดภัยของตัวเอง การฝ่าฝืนกฎระเบียบที่ตั้งไว้ หรืออาจพบพฤติกรรมโกหก โกง รั้งแก่เด็กคนอื่น ถึงขั้นมีปัญหาเรื่องการเรียน

3.5 ความสำเร็จ ( Achievement) หมายถึง ความสามารถทางการเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ปัญหาการเรียนในแต่ละวิชา เช่น คณิตศาสตร์ ภาษาไทย หรืองานที่ได้รับมอบหมายจากครูไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ รวมทั้งการบ้านเนื่องจากไม่มีสมาธิในการเรียน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมิน CHIP-CE/PRF Child Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form ของ Riley และคณะ (2006) มีทั้งหมด 5 ด้าน 76 ข้อ

4. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะที่ติดตัวมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นตามสถานการณ์ ลักษณะเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นและจะคงอยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

4.1 เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งบ่งบอกถึงความเป็นหญิงหรือชาย

4.2 อายุ หมายถึง ระยะเวลานับจากวันเกิดของเด็กถึงเวลาปัจจุบัน นับหน่วยเป็นปี เศษ 6 เดือนหรือมากกว่านับเพิ่มอีก 1 ปี

4.3 การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา หมายถึง ลักษณะ การดำรงชีวิตของครอบครัว ที่มีเด็ก และบิดามารดาอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน บิดามารดาช่วยเหลือกันและกันเลี้ยงดูเด็กตามบทบาทของบิดา-มารดา ในงานวิจัยนี้วัดจากการรายงานของบิดามารดา จำแนกเป็นการอยู่ร่วมกันและแยกกันอยู่

4.4 ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต ในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อยู่ด้วยกันภายในบ้านมีประวัติการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางจิต ตามการวินิจฉัยจากแพทย์ ในงานวิจัยนี้วัดจากการรายงานของบิดามารดา จำแนกเป็น มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

5. ปัจจัยทางคลินิก หมายถึง ลักษณะที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่แสดงออกอย่างเป็นที่สังเกตเห็นได้ และส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ในการศึกษาครั้งนี้คือ อาการหรือพฤติกรรมของเด็กที่แสดงต่อบุคคลรอบตัวทั้งในขณะที่อยู่ที่บ้าน หรือโรงเรียน หรือในสังคม ประกอบด้วย ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ

5.1 ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน หมายถึง การแสดงออกของเด็กต่อเพื่อนที่มีปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ โดยการแสดงออกทางกาย เช่น เกราะ ก้าวร้าว มีพฤติกรรมการเล่นที่รุนแรง ทางวาจา ได้แก่ การพูดหยาบคาย พูดแทรก ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของเพื่อน ประเมิน โดยใช้แบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ (Goodman , 2000) และใช้คะแนนในด้านพฤติกรรมกับเพื่อน

5.2 ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม หรือในบางครั้งเด็กสมาธิสั้นมีความพร่องในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เชื่อฟังผู้อื่น พูดหรือกระทำการต่างๆในเวลาที่ไม่มีเหมาะสม โดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ กติกา ระเบียบแบบแผน ที่สังคมกำหนดไว้ หรืออาจมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นภัยต่อสังคม เช่น ลักขโมย เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น ประเมินจากแบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ (Goodman, 2000) และใช้คะแนนในด้านพฤติกรรมทางสังคม

5.3 ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ลักษณะอาการที่ปรากฏชัดในเด็กสมาธิสั้น เป็นกลุ่มอาการที่ปรากฏชัดเจนแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันจนเป็นลักษณะเฉพาะของเด็กกลุ่มนี้ แตกต่างจากเด็กกลุ่มอื่น ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ ซุกซน และ หุนหันพลันแล่น ในงานวิจัยนี้ประเมินโดยแบบ ประเมินโดยใช้ SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) Swanson and et al. (2001) ฉบับภาษาไทย แปลโดย นายแพทย์ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร

1) ขาดสมาธิ (Attention deficit) หมายถึง เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ฝันกลางวัน ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่มีเรียบร้อย ตกๆหล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม ทำของ

ใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดด้วย เวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไร เด็กมักจะลืมหรือทำจริงๆ กลางๆ

2) ซุก ซน (Hyperactivity) หมายถึง เด็กจะมีลักษณะซน หยุกหยิก นั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดิน หรือขยับตัวไปมา มือไม่อยู่นิ่งไม่สุข ชอบจับ โน่นจับนี่ ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมาก พุดไม่หยุด

3) หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) หมายถึง เด็กจะมีลักษณะว่าความ ใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียน มักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขอก่อน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยนำผลการศึกษาไปใช้ออกแบบแผนการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีคุณภาพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กอย่างมีคุณภาพ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง บรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความ วิชาการและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยได้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมตามลำดับ ดังนี้

#### 1.แนวคิดและทฤษฎีเด็กสมาธิสั้น

1.1 พัฒนาการของเด็กอายุ 6-12 ปี

1.2 ความหมายและลักษณะโรคของเด็กสมาธิสั้น

1.3 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและความรุนแรงของโรค

1.4 สาเหตุของการเกิดโรค

1.5 ลักษณะอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค

1.6 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

1.7 การรักษา

1.8 ระบบบริการสุขภาพจิตและการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทย

#### 2.การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

2.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

2.2 บทบาทและหน้าที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

#### 3. แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

3.1 ความหมายคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3.2 การวัดและเครื่องมือ

#### 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

4.2 ปัจจัยทางคลินิก

#### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. แนวคิดและทฤษฎีเด็กสมาธิสั้น

### 1.1 พัฒนาการของเด็กอายุ 6-12 ปี (Erikson, 1963)

อิริคสัน เป็นผู้วิเคราะห์เกี่ยวกับเด็กเป็นคนแรก โดยเห็นว่าการจะทำความเข้าใจพฤติกรรมเด็กจะต้องศึกษาจากการอบรมเลี้ยงดู สภาพสังคม และความเป็นอยู่ของเด็ก ปัญหาที่นำมาวิเคราะห์นั้นจะอธิบายเชื่อมโยงระหว่างจิตวิทยากับสังคมวิทยาในรูปแบบของมนุษยวิทยา ซึ่งมีแนวความคิดว่ามนุษย์ต้องพึ่งสังคมและสังคมก็ต้องพึ่งมนุษย์ มนุษย์มีวิวัฒนาการที่สลับซับซ้อนและผ่านขั้นตอนต่างๆของธรรมชาติหลายขั้นตอน เน้นความสำคัญของทางด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ (Psychological Environment) ว่ามีบทบาทในพัฒนาการบุคลิกภาพมาก ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ความไว้วางใจแย้งกับความไม่ไว้วางใจผู้อื่น ( Trust vs Mistrust) เป็นขั้นพัฒนาด้านวางใจหรือไม่ไว้วางใจ เกิดขึ้นในวัยแรกเกิด -1 ปี

ขั้นที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ ( Autonomy vs. Shame and Doubt) เกิดขึ้นในช่วงอายุ 2-3 ปี

ขั้นที่ 3 ความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด ( Initiative vs. Guilt) เกิดขึ้นในช่วงอายุ 3-6 ปี

ขั้นที่ 4 ขยันหมั่นเพียรแย้งกับปมด้อย (Industry vs. Inferiority) เกิดขึ้นในช่วงอายุ 6-12 ปี

ขั้นที่ 5 การพบอัตลักษณ์แห่งตนแย้งกับการไม่เข้าใจบทบาทตนเอง ( Identity vs. Role Confusion) เกิดขึ้นในช่วงอายุ 12-18 ปี

ขั้นที่ 6 ความผูกพันกับการแยกตัว (Intimacy vs. Isolation) ในช่วง 18-34 ปี

ขั้นที่ 7 การทำประโยชน์ให้สังคม แยกกับการคิดถึงแต่ตนเอง (Generativity VS. Self Absorption) ในช่วง 35-60 ปี

และ ขั้นที่ 8 ความพอใจในตนเองแย้งกับความสิ้นหวัง (Ego Integrity vs Despair) ในช่วง 60 ปีขึ้นไป

สำหรับในการศึกษารั้วนี้ให้ความสนใจเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งเป็นขั้นที่ 4 มีลักษณะเฉพาะของเด็กวัยนี้ มีพัฒนาการด้านสติปัญญาและทางด้านร่างกาย อยู่ในขั้นที่มีความต้องการที่จะทำอะไร อยู่เสมอไม่เฉยว่าง หรืออยู่เฉย เป็นขั้นพัฒนาความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกด้อยในวัยเรียน เด็กจะเริ่มฝึกทักษะในการเรียน การเขียน การอ่าน หรือทักษะทางสังคม เริ่มมีความขยันหรือมีความสำเร็จของตน เด็กจะมีความพยายามอย่างมาก ผู้ใหญ่จะต้องพยายามช่วยให้เด็กได้รับสัมฤทธิ์ผล ให้เขารู้ว่าเขามี เพื่อจะให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตัวเอง เด็กจะพัฒนาและผลสำเร็จที่ได้รับ ความรู้สึกในด้านดีต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นเด็กจะทำกิจกรรมอยู่เสมอ ไม่เคยอยู่นิ่ง เป็นขั้นพัฒนาความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกด้อยในวัยเรียน เด็กจะเริ่มฝึกทักษะในการเรียน

การเขียน การอ่าน หรือทักษะทางสังคม เริ่มมีความซับซ้อนหรือมีความสำเร็จของตน แต่ในเด็กสมาธิสั้นจะพบปัญหาด้านการเรียน เนื่องจากเด็กจะขาดสมาธิ บิดามารดาจะได้รับรายงานจากครูประจำชั้น ว่าเด็กไม่ตั้งใจเรียน ทำให้การเรียนตกต่ำ ไม่มีความตั้งใจในงานที่ได้รับมอบหมาย หรือตั้งใจที่จะให้งานสำเร็จ และเมื่อเด็กทำไม่ได้เด็กก็จะขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งตรงตามทฤษฎีที่ได้กล่าวไว้

ทฤษฎีของอิริคสัน เป็นทฤษฎีที่อธิบายพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่ วัยทารกจนถึงวัยชรา อิริคสันเชื่อว่า วัยแรกของชีวิตเป็นวัยที่เป็นรากฐานเบื้องต้น และวัยต่อ ๆ มาก็สร้างจากรากฐานนี้ ถ้าหากในวัยทารกเด็กได้รับการดูแลอย่างดีและอบอุ่น ก็จะช่วยให้เด็กมีความเชื่อถือนในผู้อื่นที่อยู่รอบ ๆ ตั้งแต่บิดามารดา บุคคลต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเขา จะช่วยให้เด็กช่วยตนเอง มีความตั้งใจที่จะทำอะไรเอง และเมื่อเขาเติบโตขึ้นก็จะเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณภาพที่จะทำอะไรได้ นอกจากนี้จะมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น สามารถที่จะยอมรับสิ่งที่ดีและไม่ดีของตนเองได้และผู้อื่นสามารถที่จะสนิทสนมกับผู้อื่น ทั้งเพศเดียวกันและเพศตรงข้ามโดยสนิทใจ โดยไม่มีความอิจฉาว่าเพื่อนจะดีกว่าตน เมื่อเป็นผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้เสียสละไม่เห็นแก่ตัวดูแลผู้ที่อ่อนเยาว์กว่า เช่น ลูกหลาน หรือคนรุ่นหลังต่อไป และเมื่ออยู่ในวัยชราก็จะมีความสุข เพราะว่าได้ทำประโยชน์และหน้าที่มาอย่างเต็มที่แล้ว อิริคสันถือว่าชีวิตของคนเรา แต่ละวัยจะมีปัญหา บางคนก็สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง และดำเนินชีวิตไปตามขั้น แต่บางคนก็แก้ปัญหาเองไม่ได้ อาจจะต้องไปพบจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาช่วยเพื่อแก้ปัญหา แต่บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และทุกคนมีโอกาสที่จะแก้ไขบุคลิกภาพของตน และผู้ใหญ่ที่อยู่แวดล้อมก็มีส่วนที่จะช่วยส่งเสริมหรือแก้ไขบุคลิกภาพของผู้เยาว์ที่อยู่ในความดูแลให้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข

## 1.2 ความหมายและลักษณะโรคของเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน หรือการทำงาน และการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ ( Inattention) เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ฝันกลางวัน ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย ตกๆหล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะจี้ลึม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดด้วยเวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไร เด็กมักจะลืมหือหรือทำครึ่งๆกลางๆ อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ อาการซน อยู่ไม่นิ่ง ( Hyperactivity) เด็กจะมีลักษณะซน หยุกหยิก นั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา มือไม่อยู่นิ่งไม่สุข ชอบจับโน้นจับนี้ ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำ

กิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมาก พุดไม่หยุด และอาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม (Impulsivity) เด็กจะมีลักษณะวู่วาม ใจร้อน ทำอะไร ไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังคุยกันอยู่ หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่นโดยไม่ขอก่อน (American Psychiatric Association, 2000) อาการเหล่านี้มักพบในเด็กที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป และอาการจะปรากฏระยะยาวนานในชีวิตของเด็ก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาเรื่องการเรียน การปรับตัวในสังคมตามมา (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

ดังนั้น จึงสรุปว่าเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี ที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียน หรือปัญหา พฤติกรรมร่วมกับมีอาการซน อยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ เหม่อ ใจลอย หุนหันพลันแล่น ใจร้อน วู่วาม ควร พามาพบแพทย์ เพื่อตรวจประเมินและทำการวินิจฉัยเพื่อรักษา

### 1.3 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและความรุนแรงของโรค

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการประเมินหลายอย่าง (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550) ประกอบด้วย

1.3.1 กลุ่มอาการขาดสมาธิ อย่างน้อย 6 ข้อใน 9 ข้อ กลุ่มอาการซุกซน อย่างน้อย 3 ข้อใน 6 ข้อ และกลุ่มอาการหุนหันพลันแล่น อย่างน้อย 1 ข้อใน 3 ข้อ โดยที่อาการ ต้องถึงระดับที่ ผิดปกติและไม่เป็นไปตามพัฒนาการปกติ ตามวัยของเด็ก

1.3.2 อายุที่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยต้องมีอาการที่ทำให้เกิดปัญหาก่อนอายุ 7 ปี แต่ใน ผู้ป่วยบางคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ (ADHD - predominantly inattentive type) พ่อแม่ไม่ได้สังเกตว่าเด็กผิดปกติจนกระทั่งเด็กมีอายุมากกว่า 7 ปี มักมีปัญหาเรื่องการเรียนที่ เค้นซัด ระบายเพื่อนและครูประจำชั้น

1.3.3 ระยะเวลา ผู้ป่วยต้องมีอาการของกลุ่มอาการขาดสมาธิ และ/หรือ กลุ่มอาการ ซุกซน/หุนหัน พลันแล่น ติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.4 สถานการณ์ ผู้ป่วยต้องมีความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้ในสถานการณ์ อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน เป็นต้น

1.3.5 ผลกระทบ ผู้ป่วยจะต้องมีอาการที่รุนแรงจนกระทั่งรบกวนการเรียน การเข้า สังคม หรือการ ทำงาน หากผู้ป่วยมีอาการ แต่อาการที่มีไม่ได้ทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ บกพร่อง ก็จะไม่เข้าเกณฑ์ วินิจฉัยว่าเป็นโรค



ในการวินิจฉัย โรคสมาธิสั้นตาม criteria ของ ICD 10 ซึ่งถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Hyperkinetic disorder (HKD) ซึ่งจะต้องมี อาการ  $\geq 6$  ข้อในอาการของ inattention ดังนี้

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำงานไม่เสร็จ
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. จี้ลืมบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

มี อาการ  $\geq 3$  ข้อในอาการของ hyperactivity ดังนี้

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ
4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เฉยๆ ได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่
6. พูดมาก พูดไม่หยุด

มีอาการ  $\geq 1$  ข้อในอาการของ impulsivity

1. ชอบพูดโพล่งคำตอบเวลาครูหรือพ่อแม่ถาม โดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
2. มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
3. ชอบขัดจังหวะ สอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแข่งเพื่อนเล่น

โดยระยะเวลาของการเกิดอาการนานกว่า 6 เดือน อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน หรือที่ทำงานและที่บ้าน โดยอาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน

ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โดยการศึกษาหาความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (worldwide-pooled prevalence) พบว่ามีความชุกร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR) ) จะพบโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 3-10 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปีโดยพบในเด็กเพศ

ชายมากกว่าเพศหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์ , 2551) จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่ามีเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการเป็นอันดับ 2 รองจากโรคออทิสติก และในปี 2550 - 2552 พบเด็กสมาธิสั้นจำนวน 5,156, 5,671 และ 6,070 ราย ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ , 2550, 2551 และ 2552 ) จากสถิติที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีนั้น ทำให้เราพบความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ไม่เพียงพบปัญหาของอาการอย่างหนึ่งอย่างใดเท่านั้น แต่มักจะพบปัญหาโรคร่วมตามมา

#### 1.4 สาเหตุของการเกิดโรค

การเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคสมาธิสั้น แต่มีหลักฐานจากงานวิจัยได้ว่าเกิดจากหลายสาเหตุที่สัมพันธ์มากกว่า 1 อย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรค โดยถ่ายทอดภายในครอบครัว แต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัดค่า Heritability ของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ระหว่าง 0.5-0.92 อัตราการพบร่วม Concordance rate ของโรคสมาธิสั้นใน Monozygotic twin เท่ากับร้อยละ 51 ใน Dizygotic twin เท่ากับร้อยละ 33 ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาตำแหน่งความผิดปกติบนยีนส์ที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าความผิดปกติน่าจะอยู่บนยีนส์ชื่อ Dopamine receptor D4 และ Dopamine transporter gene พบอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า และใน monozygotic twin พบโรคร่วมกันได้สูง ถึงร้อยละ 50-98 อย่างไรก็ตามพบโรคสมาธิสั้นในครอบครัวได้เพียงส่วนหนึ่งของคนไข้เท่านั้น มีหลักฐานว่า nongenetic factors มีส่วนสำคัญในการเกิดโรคนี้อีกเช่นกัน (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

1.4.2 ปัจจัยทางชีวภาพ การศึกษาเกี่ยวกับสมองพบว่าผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นมี ปริมาตรของเนื้อสมองส่วน frontal และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติ (Sowell, 2003) และมีความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองส่วนต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณ prefrontal cortex, parietal cortex, basal ganglia, thalamus และ cerebellum สมองของคนที่มีภาวะสมาธิสั้น นั้นจะมีการทำงานน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า เป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิ ควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น การจัดระเบียบและการทำกิจกรรม ที่มีจุดมุ่งหมาย (Sowell et al., 2003) สมาธิ คือ การรวบรวมความคิดจดจ่อกับกิจกรรม หรือสิ่งเร้า เพื่อที่บุคคลสามารถใช้ระบบการแปลผลข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัดในการจัดการกับข้อมูลมากมาย ที่ส่งผ่านอวัยวะประสาทสัมผัส (Colman, 2001) สมาธิแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือสมาธิแบบต่อเนื่อง คือการคงความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้เป็นระยะเวลาต่อเนื่องจนจบ ส่วนสมาธิในการคัดเลือกสิ่งที่มากระตุ้น คือ การตัดความสนใจในสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความสำคัญออกไป ความบกพร่องในสมาธิแบบใดแบบหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การทำงานการเข้าสังคม (วินัดดา ปิยะศิลป์ , 2550) ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับ

กระบวนการสมาธิ เป็นการศึกษาถึงองค์ประกอบ ของสมาธิ 3 ด้าน คือ การเลือกสนใจ ( Selecting) หมายถึง ความสนใจในการเลือกรับสิ่งเร้าซึ่งแต่ละบุคคลมีความสนใจที่จะรู้ การคงทน ( Sustain) หมายถึง ความสามารถในการใช้สมาธิจดจ่อและมีความตื่นตัวในการเรียนรู้ตลอดเวลา และการ ผัดเปลี่ยน ( Shift) หมายถึงความสามารถในการเปลี่ยนจุดสนใจให้สอดคล้องกับเป้าหมายและ ความต้องการของตนเอง ( Friedman and Konachoooff, 2003) ซึ่งสมองส่วนหน้า ส่วนกลางและแกน ของสมอง ทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิโดยตรง สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของ สารเคมี ที่เรียกว่า โดปามีนและนอร์อิพิเนฟริน (วินัดดา ปิยะศิลป์ , 2550) ภาวะสมาธิสั้นอาจมาจาก ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ได้แก่ dopamine, noradrenaline และ serotonin (Dougherty, 1999)

โดปามีน ( dopamine)เป็นสารเคมีในสมองที่จัดอยู่ในกลุ่มแคทีโคลามีน สร้างมา จากกรดอะมิโนชนิดไทโรซีน โดยอาศัยการทำงานของเอนไซม์ไทโรซีนไฮดรอกซิเลส ในสมองมี ปริมาณโดปามีนประมาณร้อยละ 80 ของสารกลุ่มแคทีโคลามีนที่ถูกสร้างขึ้นทั้งหมด นอกจากนี้ยัง หลั่งมาจากสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่งโปรแลคตินจากกليبส่วนหน้าของ ต่อมพิทูอิตารี เมื่อร่างกายหลั่งสารโดปามีนออกมาจะส่งผลต่ออารมณ์ของบุคคลมีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น วัตถุประสงค์ต่างๆ รอบตัว ในเด็กสมาธิสั้นจะพบโดปามีนน้อย กว่าปกติ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ขาดการควบคุมตนเอง

นอร์อิพิเนฟริน ( norepinephrine) เป็นสารเคมีที่เป็นทั้งฮอร์โมนและสารสื่อ ประสาทในกลุ่มแคทีโคลามีน ถูกสังเคราะห์โดยปลายประสาทซิมพาเทติก จากสารไทโรซีน (tyrosine) เช่นเดียวกับโดปามีน แล้วถูกโดปาดิคาบออกซิเลส แปลงให้เป็น โดปามีน ( dopamine) หลังจากนั้นจะถูกเปลี่ยนโดยโดปามีนเบต้าไฮดรอกซิเลส ( dopamine-  $\beta$ -hydroxylase) ให้เป็นนอร์ อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งจะถูกละลายเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นอิพิเนฟรินอีกที มีบทบาทในการทำ ให้ตื่นตัว และอาจเกี่ยวกับความฝัน และยังมีส่วนต่อการทำงานของฮอร์โมน และการควบคุม อุณหภูมิของร่างกาย

ซีโรโทนิน (serotonin) มีชื่อทางเคมีว่า 5-hydroxytryptamine หรือใช้ตัวย่อว่า 5HT ซีโรโทนินเป็นสารที่ได้รับการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางมากที่สุดชนิดหนึ่งในปัจจุบัน สารซีโร โทนินเกิดจากขบวนการทางเคมีของกรดอะมิโนที่ชื่อ tryptophan ในร่างกายมนุษย์พบซีโรโทนิน มากที่สุดในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินอาหาร โดยพบมากถึงร้อยละ 90 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 พบใน เซลล์ประสาทและเกล็ดเลือด ดังนั้นซีโรโทนินจึงมีทั้งที่อยู่ในเซลล์และส่วนที่อยู่ในเลือด ซีโร โทนินมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ ( mood) การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก ความ โกรธ และความก้าวร้าว และควบคุมวงจรการนอนหลับ โดยซีโรโทนินจะทำงานเฉพาะในบริเวณ

สมองส่วนกลาง เมื่อเกิดความรู้สึกพอใจ ในเด็กสมาธิสั้นจะพบซีโรโทนิน ซึ่งมีมากเกินไปทำให้มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (Gelfand and Daew 2003 )

สมาธิมีความสัมพันธ์กับสมอง ทั้งนี้เนื่องจากสมองสั่งการระบบต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งการรับรู้และการเรียนรู้ การพัฒนาสมองให้ใช้เต็มประสิทธิภาพจะช่วยในการเรียนรู้ได้ดี ระยะเวลาของสมาธินั้นขึ้นอยู่กับอายุ ในเด็กอายุ 3 ขวบจะมีสมาธิอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ 5 นาที ส่วน 3 ขวบขึ้นไปจะมีสมาธิได้ประมาณ 12-15 นาที เมื่อถึงวัยอนุบาล อาจมีสมาธิได้ถึง 20 นาที หากเป็นผู้ใหญ่อาจมีสมาธิได้ถึง 2-3 ชั่วโมง ซึ่งเวลาที่กล่าวไปนี้ไม่เกี่ยวข้องกับกาตรูโทรทัศน์ที่อาจใช้เวลาได้นานกว่า ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จะมีความบกพร่องในเรื่องของสมาธิและการควบคุมการกระทำของตนเอง ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ไม่ได้เป็นผลมาจากการเรียกร้องความสนใจเฉพาะบางสถานการณ์ ซึ่งส่งผลต่ออุปสรรคในการเรียนในห้อง การทำกิจวัตรประจำวันทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน พฤติกรรมเหล่านี้เริ่มมีมาก่อนอายุ 7 ปี และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน (ช่อทิพย์ พันธุ์แก้ว, 2550 )

1.4.3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น แต่อาจเป็นปัจจัยเสริมให้อาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นรุนแรงขึ้น (American Academy of Pediatrics, 2000) สภาพแวดล้อมที่อาจเป็นสาเหตุ ได้แก่ภาวะต่างๆที่มีผลต่อการพัฒนาของสมอง เช่น ภาวะทุพโภชนาการ การคิดเชื่อบริเวณการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ของมารดา (Mick et al., 2002) ภาวะน้ำหนักรักเกิดน้อย (Biederman et al., 2002) การได้รับสารโลหะหนัก โดยเฉพาะสารตะกั่ว (Nigg et al., 2010) หรือเด็กที่เคยมีการสูญเสียเกิดขึ้นในวัยเด็ก หรือมีการพลัดพรากเกิดขึ้น ต่อมามีอาการขาดสมาธิ อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง เด็กที่ขาดการเลี้ยงดูจากมารดา (Maternal deprivation) อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางพฤติกรรม ( Conduct Disorder) ซึ่งพบร่วมกับภาวะสมาธิสั้นอยู่บ่อยๆ ความผิดปกติทางพฤติกรรมอาจพัฒนาเป็น บุคลิกภาพต่อต้านสังคมในภายหลัง การที่พ่อแม่ของเด็กไม่สามารถให้การดูแลเด็กได้ดีพอ ซึ่งอาจเกิดจากพ่อแม่มีพยาธิสภาพทางจิต เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม อาการภาวะสมาธิสั้น เป็นต้น นอกจากนี้ลักษณะพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นทำให้พ่อแม่เกิดความเครียดอย่างสูง ส่งผลให้พ่อแม่จัดการกับพฤติกรรมอย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้นอาการภาวะสมาธิสั้นจึงมีแนวโน้มที่เป็นปัญหาอย่างมาก (Gelfand and Daew 2003)

### 1.5 ลักษณะอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมักมีโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคสมาธิสั้นหลายโรคด้วยกัน และมักก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบด้าน โรคหรือภาวะดังกล่าว ได้แก่

1.5.1 พฤติกรรมแบบอันธพาล ( Conduct disorder) เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ชอบทำร้ายข้าวของ ขาดความเมตตาและยับยั้งชั่งใจ มักพูดปด ลักขโมย ขาดความเคารพในสิทธิของผู้อื่น และขาดความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาล ( Antisocial Personality Disorder) ที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ( Pliszka, 2000)

1.5.2 โรคซึมเศร้า ( Major Depression) และ โรควิตกกังวล ( Anxiety Disorder) พบเด็กจำนวนมากมักมีอาการหงุดหงิด ขี้โมโห และควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมีเด็กจำนวนหนึ่งที่มีอาการวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน หรือมีปัญหาเรื่องการเรียน จากอาการขาดสมาธิ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

1.5.3 มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ( Learning Disorder) โดยทั่วไปเด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาด้านการศึกษาและการเรียนรู้ค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากอาการขาดสมาธิ ประกอบกับอาการอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน หหมดความสนใจได้ง่าย รวมทั้งไม่มีสมาธิเพียงพอที่จะใช้ในการคิดวิเคราะห์ เด็กสมาธิสั้นจำนวนหนึ่ง มักมีความบกพร่องทางการเรียนรู้ร่วมด้วย เด็กจะอ่านคำผิดบางคำอยู่เสมอ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2547)

1.5.4 การใช้สารเสพติด ( Substance Use Disorder) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า แนวโน้มเด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีอุบัติการณ์ของการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น และการใช้พฤติกรรมบำบัด ในช่วงวัยดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาการใช้สารเสพติด (Wilens , 2004)

## 1.6 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

1.6.1 มีปัญหาการเรียน เด็กมักมีปัญหาและอุปสรรคในการเรียน ผลการเรียนไม่ดี ตกต่ำ จากอาการขาดสมาธิ จึงทำให้ไม่สามารถจดจ่อกับการเรียน ได้นานพอ ส่วนอาการอยู่ไม่นิ่งที่เป็นเกือบตลอดเวลานั้นก็ทำให้รบกวนการเรียนของตนเองและครูผู้สอน (Barkley, 1998) ในด้านการนำความรู้ไปใช้ เด็กส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มักประสบปัญหาและความยากลำบากในการเรียนที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากันในการทำให้สำเร็จ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

1.6.2 ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้วยสาเหตุที่เด็กไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี อดทนรอคอยไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม รวมทั้งมีอาการหงุดหงิดง่ายและควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีนัก จึงมักทำให้ผู้อื่นรู้สึกไม่พอใจ ซึ่งในบางครั้งบางคราวอาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งเป็นผลให้เด็กมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและคนอื่นได้ไม่ดี ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.6.3 ปัญหาด้านสังคม ในเด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมต่างๆ อันเนื่องมาจากอาการสำคัญของโรค ทำให้เด็กมักถูกตำหนิติเตียน หรือการลงโทษจากคนรอบข้างอยู่เสมอ จากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การพูดแทรก การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบวินัย การทำของใช้ส่วนตัวหายบ่อย การรบกวนเพื่อนหรือครูในชั้นเรียน ทำให้ถูกตำหนิติเตียน เด็กก็มักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ประกอบกับอาการขาดการยับยั้งชั่งใจแล้ว เด็กก็จะแสดงการกระทำที่รุนแรงต่อผู้อื่นโดยไม่มีกรที่ยังคิด ทำให้เด็กมีพฤติกรรมอันธพาล และต่อต้านสังคมตามมา รวมทั้งการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การลักขโมย การทำร้ายผู้อื่น การใช้สารเสพติด และที่ร้ายแรง คือการเข้าร่วมกลุ่มทำอาชญากรรม (Neale , 2001)

จะเห็นว่า ปัญหาและผลกระทบจากโรคสมาธิสั้นและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับคนส่วนหนึ่งในสังคมนั้น สามารถส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสังคมให้ปกติสุขอย่างมาก หากปัญหาต่างๆ ยังไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะทำให้เป็นปัญหานั้นยังคงอยู่ต่อไป

## 1.7 การรักษา

จากการศึกษาถึงแนวทางการรักษาในปัจจุบันพบว่า การรักษาแบบ multi-modelity approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับ Psychosocial intervention จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด ยาที่ใช้ในการรักษามีดังนี้ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

1.7.1 การใช้ยากระตุ้น (Stimulant medication) ที่ใช้ในเด็กสมาธิสั้น เป็นยาที่มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับอาการหลักๆ ของโรคที่มีภาวะสมาธิสั้น คือ อาการขาดสมาธิ อาการซุกซน หรืออยู่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น หรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ พบว่าขนาดยาที่สูงยิ่งได้ผลดีจนกว่าจะเกิดฤทธิ์ข้างเคียง นอกจากนี้ยังช่วยให้ผลการเรียนดีขึ้น คือทำให้เด็กทำงานได้สำเร็จ มีสมาธิในการทำงานและได้ผลคะแนนที่ดีขึ้น ยากลุ่มนี้นับว่าเป็นยาที่ปลอดภัยที่สุดในการรักษาภาวะสมาธิสั้น พบว่าเด็กบางคนต้องการการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวก็พอ โดยเฉพาะเด็กที่เพิ่งมีอาการ ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนและไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย ประสิทธิภาพของยากระตุ้นแต่ละตัวไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนอาจตอบสนองต่อยาตัวหนึ่งได้ดีกว่าอีกตัวหนึ่ง ประสิทธิภาพของยากระตุ้นจะด้อยลงในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่มีอาการในกลุ่มความผิดปกติภายใน เช่น มีพฤติกรรมต่อต้าน มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ยาในกลุ่มกระตุ้นมีดังนี้

1) ยากลุ่ม Methylphenidate เป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก ยากลุ่มนี้ไม่ใช่ยากล่อมประสาทแต่จะออกฤทธิ์ทำให้เกิดการหลั่งสารโดปามีน จึงไม่ทำให้เกิดการเสพติด มีความปลอดภัยสูง ยาสามารถถูกดูดซึมได้ดีและเร็ว สามารถรับประทานยาก่อน หรือรับประทานพร้อมอาหาร ถ้ารับประทานก่อนอาหารจะมีอาการเบื่ออาหาร แบ่งแยกออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1.1) แบบออกฤทธิ์ระยะสั้น ได้แก่ Ritalin และ Rubifen ซึ่ง Ritalin จะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาแล้ว 30 นาที ฤทธิ์ยาจะอยู่ได้นานประมาณ 3-4 ชั่วโมง บางรายมีอาการมาก นอกจากมือเข้แล้วยังอาจต้องให้ยาตอนบ่ายอีก 1 มื้อ เพื่อให้สามารถเรียนหนังสือได้ทั้งวัน ในเด็กที่มีอาการมากและไม่สามารถทำการบ้านได้ในตอนเย็น ก็อาจให้มื้เย็นเพิ่มอีก 1 มื้อ แต่จะไม่ให้ยาแก่เด็กหลัง 5 โมงเย็นไปแล้ว เพราะอาจทำให้เด็กนอนไม่หลับ ยานี้ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กต่ำกว่าอายุ 6 ปี

1.2) แบบออกฤทธิ์ระยะยาว ได้แก่ Concerta เป็นยาที่ออกฤทธิ์นานประมาณ 12 ชั่วโมง ยาตัวนี้ออกฤทธิ์เพื่อลดข้อจำกัดของ Ritalin เช่น เด็กลืมนกินยามื้อเที่ยง เบื่อกินยา หรืออายุ ไม่อยากให้เพื่อนเห็นว่ากินยาที่โรงเรียน กลัวเพื่อนรู้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ยาจะหมดฤทธิ์เร็วทำให้พบพฤติกรรมที่ขึ้นๆลงๆ เกิดอาการขาดยา คือยา ยานี้จะดูดซึมและออกฤทธิ์ภายใน 20-30 นาที หลังรับประทาน

การใช้ยา กลุ่ม Methylphenidate ในระยะยาวอาจต้องมีการปรับขนาดยา เนื่องจากเด็กโตขึ้น ส่วนการทดลองหยุดยา จะทำในช่วงปิด เทอม แล้วติดตามดูว่าเปิดเทอมยังคงมีอาการเหมือนเดิมหรือไม่ ถ้ามีก็เริ่มใช้ยาใหม่ได้ และสามารถหยุดยาไปถาวร ถ้าเด็กสามารถปรับตัวได้กับการเรียนโดยไม่ต้องใช้ยาช่วย

2) ยากลุ่ม Dextroamphetamine หรือ D-amphetamine ได้แก่ Dexidrine Tab ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง ขนาดยา 5 มิลลิกรัม และ 10 มิลลิกรัม Dexidrine Spansule ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน 6-8 ชั่วโมง ขนาดยา 5 มิลลิกรัม 10 มิลลิกรัม และ 15 มิลลิกรัม และ Adderall ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน 5-7 ชั่วโมง ขนาดยา 5 มิลลิกรัม 10 มิลลิกรัม 20 มิลลิกรัม และ 30 มิลลิกรัม สำหรับ Dexidrine และ Adderall ออกฤทธิ์เป็น 2 เท่าของ Ritalin ดังนั้น Dexidrine และ Adderall 5 มิลลิกรัม เท่ากับ Ritalin 10 มิลลิกรัม ยาสองชนิดนี้ไม่พบว่าเกิดผลข้างเคียง เช่นอาการปวดศีรษะและปวดท้อง ในเด็กบางคน ซึ่งอาการทั้งสองอย่างนี้มักพบว่าเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ Ritalin

3) ยากลุ่ม Pemolin เป็น Magnesium Pemolin ชื่อการค้า คือ Cylert Revibol และ B-alert ยามีฤทธิ์ยาวสามารถให้วันละครั้งเดียวได้ จึงเหมาะที่จะให้เด็กที่ถูกเพื่อนล้อในการกินยามื้อเที่ยงที่โรงเรียน ข้อควรระวัง ยาตัวนี้อาจทำให้เกิดการกระตุ้นของกล้ามเนื้อ ได้มากกว่า Methylphenidate และ D-amphetamine ฤทธิ์ของยา คือ มีการกระตุ้นของกล้ามเนื้อ สามารถแก้ไขได้โดยปรับขนาดยา หรือปรับเวลากินยา หรือเปลี่ยนกิจกรรมเด็กบางอย่าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเคยชิน (Tolerance) เพราะอาการส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งแล้วจะหายไปเอง อาการเหล่านี้ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด ทำทางเฉซา เป็นตะคริว การชะลอของการเติบโต

4) ยาด้านโรคซึมเศร้า ( Antidepressant) ยาด้านโรคซึมเศร้า ได้แก่ ยาด้านโรค

ซึมเศร้า Tricyclic Antidepressant จัดเป็นกลุ่มยาลำดับที่สองสำหรับการรักษาสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าจะได้ผลในการรักษาอาการซุกซนหรืออาการอยู่ไม่นิ่ง ช่วยเพิ่มสมาธิ ช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับภาวะสมาธิสั้น ข้อเสียด้านซึมเศร้า คือ มีแนวโน้มต่อการติดยา มีผลข้างเคียงกับโรคหัวใจ โดยเฉพาะ Desipramine

5) Clonidine เป็นยาที่ใช้ได้ผลในผู้ป่วยประเภทการตื่นตัวมากเกินไป ขนาดยาที่ใช้ควรเริ่มจาก 0.05 มิลลิกรัม/วัน โดยเพิ่มยาครั้งละ 4-5 ไมโครกรัม/กก./วัน ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป 0.05 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง ต้องระวังฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งผู้ป่วยมักไม่มีอาการให้เห็น ฉะนั้นเวลาหยุดยา ควรค่อยๆลดขนาดยาลง นอกจากนี้อาการที่พบบ่อย คือ อาการง่วงนอนจากการใช้ยา แต่มัก เป็นชั่วคราวเท่านั้น ซึ่งประสิทธิภาพการรักษาสมาธิสั้นของ Clonidine ไม่ดีเท่ายากระตุ้นและยาด้านต้านซึมเศร้า Clonidine จะคุมอาการซุกซน อาการอยู่ไม่นิ่งหรืออาการหุนหันพลันแล่น หรือยับยั้งควบคุมตนเองไม่ได้ มักใช้ร่วมกับยากลุ่มกระตุ้นได้อย่างปลอดภัย และได้ผลดีในภาวะสมาธิสั้น ที่มีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการกิน Clonidine ก่อนนอนจะช่วยให้หลับได้ง่าย ซึ่งยาตัวนี้เป็นารลดปัญหาผลข้างเคียงของยากระตุ้น

6) ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic) ยากลุ่มนี้ได้แก่ Risperdone ซึ่งมีชื่อทางการค้า Risperdol มีผลช่วยในการควบคุมอาการที่เป็นผลมาจากสมาธิสั้นที่มีปัญหาการควบคุมพฤติกรรม อาการก้าวร้าว อาละวาด ผลข้างเคียงของยา จะทำให้เกิดความอยากอาหารเพิ่มขึ้น มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle Clamps) การสั่น (Tremors) ในกรณีที่กินยาขนาดมาก

แนวทางการใช้ยา ควรพิจารณาดังนี้ นางสาว ลิ้มสุวรรณ 2542

1. อธิบายล่วงหน้ากับพ่อแม่ว่าต้องมีการทดลองใช้ยา หลายขนาน เพื่อเลือกตัวที่ได้ผลดีที่สุดกับเด็ก เพราะยาแต่ละตัวให้ผลดีไม่เท่ากันในเด็กแต่ละคน
2. ค่อยๆปรับขนาดยาจนได้ผลดีที่สุดหรือเริ่มมีอาการของฤทธิ์ข้างเคียง ถ้ามีฤทธิ์ข้างเคียงแล้วยังไม่ได้ผลดีในการควบคุมอาการให้เปลี่ยนยา
3. แนะนำพ่อแม่ว่า ไม่ควรคาดหวังว่ายาจะช่วยทำให้ทุกอย่างดีขึ้น ยาเพียงแต่ทำให้แก้ปัญหาง่ายขึ้น
4. อธิบายให้พ่อแม่เข้าใจว่าฤทธิ์ของยาจะช่วยให้เด็กมีสมาธิ และตั้งใจมากขึ้น
5. ควรทำความเข้าใจให้ตรงกันกับพ่อแม่ถึงการถูกกล่าวหาว่าเด็กได้รับยาควบคุมอาการทางประสาท จากบุคคลรอบข้าง ด้วยความไม่รู้จริงของยาสำหรับรักษาอาการสมาธิสั้น
6. ควรคำนึงถึงความรู้สึกของเด็ก ถ้าเด็กต้องกินยามื้อเที่ยงที่โรงเรียน เด็กอาจเกิดความรู้สึกอายเพื่อน



7. ควรพยายามลดหรือหยุดการรักษาที่ได้ผลดีมาแล้ว 1 ปี โดยให้กำลังใจและความคาดหวังว่าอาจไม่ต้องใช้ยาอีก แต่ถ้ามีปัญหาจริงๆ สามารถกลับมาใช้ยาได้อีก

ดังนั้น ให้การวินิจฉัยถูกต้อง และทำความเข้าใจกับเด็กและผู้ปกครองถึงเรื่องโรคสมาธิสั้นแล้ว ครอบครัว และแพทย์ ควรมีการตัดสินใจร่วมกัน ในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยาในกรณีที่จำเป็น การตัดสินใจร่วมกันนี้ จะนำมาซึ่งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาจะช่วยให้เด็กควบคุมสมาธิตนเองได้ดีขึ้น ตั้งใจเรียน ตั้งใจทำงาน ทำงานเสร็จ ควบคุมพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น เด็กจะเรียวร้อยขึ้น สงบนิ่งได้มากอย่างเห็นได้ชัดเจน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พ่อแม่ควรจะต้องมีความรู้เรื่องการใช้ยา และผลข้างเคียงก่อนการเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญคือผู้ปกครองต้องตระหนักว่าการใช้ยาไม่สามารถทำให้เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหายขาด ยาจะได้ผลในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70-80 (ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนม เกตุมาน, 2550)

1.7.2 การรักษาโดยใช้ Psychosocial interventions ประกอบด้วย การช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention) การช่วยเหลือเด็ก (Patient intervention) และการช่วยเหลือทางโรงเรียน (School intervention)

#### 1) การช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention) ประกอบด้วย

1.1) การให้ความรู้ (Psychoeducation) ให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคนี้ว่าเป็นอย่างไร สอนพ่อแม่เกี่ยวกับทักษะแนวทางการดูแลเด็ก โดยใช้คำพูดหรือคำสั่งชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีจัดการที่เหมาะสม เช่น timeout (ขอเวลานอก) รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียนเด็กที่บ้าน โดย จัดหาสถานที่ที่เด็กจะทำการบ้าน หรือทบทวน ต้องเป็นมุมหรือห้องที่สงบ ไม่มีเสียงรบกวน ไม่พลุกพล่าน หรือมีของเล่นมาดึงความสนใจ จัดโต๊ะเขียนหนังสือเด็กให้หันเข้าฝาผนัง ไม่ใกล้หน้าต่าง ประตู กำหนดเวลาทำการบ้าน ทบทวนบทเรียน ให้เป็นเวลาแน่นอน ต้องมีผู้ปกครองประกบอยู่ด้วยเพื่อเรียกสมาธิและให้คำแนะนำ โดยที่ ผู้ปกครองต้องพยายามควบคุมอารมณ์ของตน ให้บรรยากาศสงบ เปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ หรือ หยุดพักช่วงสั้นๆ ได้

1.2) การฝึกพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก ( Parent management training) โดยให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่พ่อแม่ในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ( behavioral approaches) โดยการให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น การใช้ token economy โดยการให้ ดาว คะแนน สะสมเพื่อแลกรางวัลที่ตกลงกันไว้ เช่น ขนม ของเล่น หรือ สิทธิพิเศษต่างๆ

1.3) ครอบครัวบำบัด ( Family therapy) มีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction ไม่ว่าจะมีส่วนเหตุเริ่มแรกจากผู้ป่วยเอง หรือจาก พ่อแม่ ชีวิตสมรส

## 2) การช่วยเหลือเด็ก (Patient intervention) ประกอบด้วย

2.1) การฝึกทักษะสังคม (Social Skill Training) มีการฝึกหลายด้าน พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมแบบ รายบุคคลจะไม่ได้ผลเพราะเด็ก สมาธิ ขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่าน ขบวนการ modeling, practice, feedback และ Contingent reinforcement

2.1) การสอนเสริมทักษะ (Academic Skills Training) มีประโยชน์ใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเรียน การฝึกทักษะด้านการเรียน โดยฝึกแบบ individual หรือ group ก็ได้โดยจะ เน้นเรื่อง การทำตามคำสั่ง การจัดระบบ ระเบียบ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจทบทวน ผลงานการจดบันทึก และการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) การทำจิตบำบัด เฉพาะบุคคล ไม่ได้ผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยตรง แต่มีประโยชน์ในการรักษาอาการกังวล และ ซึมเศร้า ที่พบร่วมกับ โรคสมาธิสั้น และอาจใช้จิตบำบัดเฉพาะบุคคล เป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมี ปัญหาเรื่องการปรับตัว หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2.4) พฤติกรรมบำบัดและการบำบัดทางความคิด (Cognitive Behavior Modification-CBM) การศึกษาในช่วงแรกพบว่าได้ผลในหลายอาการของ โรคสมาธิสั้น แต่ การศึกษาช่วงหลังพบว่าไม่ได้ผล และพบว่าเมื่อใช้ CBM ร่วมกับการใช้ยา Stimulants ไม่ได้ช่วยให้ ผลการรักษาดีเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับการใช้ Stimulant อย่างเดียว

2.5) การปรับเปลี่ยนอาหาร (Dietary Interventions) มีความเชื่อว่า สารอาหารบางชนิดทำให้เกิดอาการ ขาดสมาธิ บางแห่งจึงมีการรักษาโดยให้หลีกเลี่ยงอาหารบาง ชนิดเพื่อลดอาการ ขาดสมาธิ เช่น น้ำตาล แป้ง สารผสมอาหาร ฯลฯ แต่จากการศึกษาพบว่าไม่ได้ผล จึงยังไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้

3.) การช่วยเหลือทางโรงเรียน (School intervention) ประสานกับโรงเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ลงโทษเด็กด้วยความรุนแรง

### 1.8 ระบบบริการสุขภาพจิตและการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทย

กรมสุขภาพจิตมีการกำหนดนโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไปใน ชุมชน โดยแบ่งระดับการให้บริการสุขภาพออกเป็นระดับปฐมภูมิ ที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)/ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครและศูนย์สาขา ระดับทุติย ภูมิ ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน และระดับตติยภูมิ ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญใน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ พร้อมทั้งขยายการให้บริการด้านสุขภาพจิตครอบคลุม

กลุ่มประชากรในทุกช่วงอายุ จะเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นที่เพิ่มมากขึ้นนั้น ทำให้กรมสุขภาพจิต ได้จัดการบริการด้านสุขภาพจิตและด้านสวัสดิการสังคมสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิตและครอบครัว ได้แบ่งระดับของบริการสุขภาพจิตบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต , 2554)

1.8.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว : เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่

1.8.2 บริการสาธารณสุขมูลฐาน ( Primary Health Care Service Level- PHC) : ดำเนินการโดยประชาชนเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยมีอสม. 1 คนต่อชุมชนประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ตัวอย่างเช่น ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ออทิสติก โรคเด็กสมาธิสั้น โรคซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือปรึกษาปรึกษาประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิต

1.8.3 บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ( Primary Medical Care Level- PMC) : เป็นบริการรักษาพยาบาลระดับแรกที่ทำให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (ระดับตำบล) เช่น พนักงานอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติออกตรวจเป็นระยะ บริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การให้การปรึกษา การผสมผสานการดูแลสุขภาพจิตในงานอื่น เช่น การฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี/พัฒนาการเด็ก การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิต

1.8.4 บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ( Secondary Medical Care Level- SMC) : ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการรักษาผู้ป่วยนอก วินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชที่พบบ่อย ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจในภาวะวิกฤต ให้การปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานและหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป

1.8.5 บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ( Tertiary Medical Care Level- TMC) : ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล/ สถาบันจิตเวช โดยมีจิตแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้บริการจิตเวชครบวงจร ตั้งแต่การตรวจประเมิน วินิจฉัยและบำบัดรักษาฟื้นฟู ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขให้สามารถจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

จากระบบบริการดังที่กล่าวมาข้างต้น กับสภาพการปัจจุบันพบว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองจำนวนมากไม่มีความเข้าใจ และขาดความรู้ว่าบุตรของตนเป็นเด็กพิเศษ ที่มีปัญหาทางจิต อีกทั้งยังอายุต่อสังคมรอบข้าง และ กลัวว่าบุตรของตนจะถูกกล่าวหาว่า มีปัญหาทางจิต รวมถึงกลัวเสียประวัติ จึงไม่นำตัวมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้อาการของโรครุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นยากต่อการรักษา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก (สมภพ เรื่องตระกูล , 2543) เมื่ออาการของเด็กรุนแรงมากขึ้น จนกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงเริ่มคิดที่จะนำเด็กมารักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย ทางโรงพยาบาลฝ่ายกายจึงทำการส่งต่อทางโรงพยาบาลที่ทำการรักษาโดยตรง ซึ่งเด็กจะได้รับการประเมินเบื้องต้นจากพยาบาล แล้วเข้าคิวนัดพบแพทย์ เพื่อทำการตรวจและวินิจฉัย จะพบว่าต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนานกว่าจะเริ่มต้นรักษาอย่างจริงจัง อีกทั้งบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ( Advanced nursing practice) ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ และ ยังพบว่าพยาบาลฝ่ายกายมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถคัดกรองหรือให้คำปรึกษาในเบื้องต้น แก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองในการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเด็ก ได้ ทำให้เด็กมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการมีความรู้เบื้องต้นในการประเมิน และให้ความรู้และแนวทางการรักษาแก่บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ในปัจจุบันสังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จากภาวะเศรษฐกิจและสื่อสารเทคโนโลยีที่เจริญก้าวอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คนไทยในปัจจุบันจึงต้องเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตมากมายรอบด้าน เช่น รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ ปัญหาการใช้ความรุนแรง หรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว อันนำไปสู่การมีความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้น การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เสื่อมถอยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้ นำไปสู่ผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตทั้งต่อตัวบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รวมทั้งเด็กสมาธิสั้น และยังพบว่าบิดามารดาหรือผู้ปกครองขาดความตระหนัก หรือไม่ใส่ใจในอาการที่พบในเด็กสมาธิสั้น (วริศรา จุ้ยนาคอน, 2553) ทั้งนี้เนื่องมาจากไม่เข้าใจในลักษณะอาการ แต่จะสังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กได้ชัดเจนก็ต่อเมื่อจะเปรียบเทียบลักษณะพัฒนาการด้านต่างๆ ของลูกกับเด็กอื่นๆ ในวัยเดียวกันหลายๆคน โดยเฉพาะด้านการเรียน และพฤติกรรมการเรียนรู้ในสังคม หรือเมื่อเด็กมีพฤติกรรมหรืออาการของโรครุนแรงรบกวนเพื่อนในชั้นเรียน ทำให้เด็กมีปัญหาในด้านการศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้อื่นค่อนข้างมาก ( ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย , 2550) ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จึงมักได้รับการตรวจวินิจฉัยอาการค่อนข้างช้า เป็นเหตุให้ได้รับการรักษาหรือการปรับพฤติกรรมค่อนข้างช้าไปด้วย และมักเสียโอกาสทางการศึกษา อันเป็นส่วนที่ส่งผลให้ขาดพัฒนาการทางด้านสังคม นอกจากนั้นยัง

ทำให้บิดามารดาสูญเสียโอกาสในการเรียนรู้แนวทางในการปฏิบัติต่อเด็ก ตลอดจนแนวทางในการปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมแก่การเลี้ยงดูเด็ก ดังนั้นจะพบบิดามารดาหรือผู้ปกครองรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และเครียดอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเกิดความเครียดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ลงโทษเด็กด้วยการทุบตี หรือดูด่าว่ากล่าวเด็กอยู่เสมอ ซึ่งเป็นการกระทำที่ส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ จิตใจของเด็กอย่างมาก (ชาญวิทย์ พรนภค และพนม เกตุมาน, 2550)

## 2.การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการพยาบาล ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

### 2.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ ( Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล ( Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล ( Planning) การปฏิบัติการพยาบาล ( Nursing Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล ( Evaluation) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1.1 การประเมินพฤติกรรม รวมถึงผลกระทบ พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา การแก้ปัญหาของครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรมที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัว และคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึง ทักษะคิด ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัวในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

2.1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้น ในครอบครัว ที่โรงเรียน และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา ที่จะเกิดผลกระทบกับตัวเด็ก และครอบครัว เพื่อการวางแผนการพยาบาล

2.1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็ก ในลักษณะของการวางแผนร่วมกัน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ให้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรับรู้ความรู้สึก

กับครอบครัว ระหว่างการประเมินทางการแพทย์ในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการแพทย์และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

2.1.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และการใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวทางการแพทย์ พยาบาลต้อง มีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจ ในการฝึกฝน ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาล ให้การบำบัดตามขอบเขตกฎหมาย และเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัวต้องมีความเหมาะสมและได้รับความยินยอมร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

2.1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานทั้งความตรง ความเที่ยงในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถ ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปพร้อมๆ กัน

ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการ และกระบวนการพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เด็กและครอบครัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องตระหนักในบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญในการดูแลเด็กที่มีปัญหา ในการให้ความช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น ที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ปัญหาสัมพันธภาพ การเรียน รวมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคม ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าปัญหายุ่งยากซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบที่รุนแรง ต่อทั้งตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคมในอนาคต การช่วยเหลือเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ ทั้งความชำนาญ ทักษะ และความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่เป็นที่ยอมรับ ในการดูแล บำบัดเด็กสมาธิสั้น พยาบาลจะให้การปฏิบัติพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและ ให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิต โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพทางการแพทย์ เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้าง และการใช้ ชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมที่มีคุณภาพ

## 2.2 บทบาทและหน้าที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กสาธิต

2.2.1 การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็ก และครอบครัวในเรื่องความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหา ความเหมาะสมของ การทำหน้าที่ และการดำรงชีวิต และสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติ ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหา

2.2.2 พยาบาลต้องจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ไม่มีสิ่งของที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก พยาบาลต้องเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเด็ก หรือกับผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) พร้อมทั้งแนะนำผู้เลี้ยงดูในการปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็ก เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

2.2.3 พยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นกลวิธีสำคัญในการเพิ่มการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เทคนิคการไม่ให้สิ่งที่เด็กต้องการ (Negative reinforcement) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กกลุ่มนี้ และหากพยาบาลจัดให้เด็กร่วมกิจกรรมบำบัดที่เด็กอาจเกิดอุบัติเหตุได้ พยาบาลต้องจัดให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะความปลอดภัยของเด็กเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการพยาบาล

2.2.4 พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ รวมทั้งช่วยให้มีการจำกัดพฤติกรรมเด็ก ( Limit setting) และช่วยให้เด็กเข้าใจว่าพยาบาลยอมรับตัวเด็ก ซึ่งแตกต่างจากการไม่ยอมให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพราะการยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข จะช่วยพัฒนาความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า ส่วนการช่วยให้เด็กมีการจำกัดพฤติกรรม พยาบาลต้องอธิบายเด็กจนเข้าใจว่าพฤติกรรมใดเป็นที่ยอมรับ พฤติกรรมใดโดยอมให้เด็กแสดงออกไม่ได้ รวมทั้งผลที่จะตามมาหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การอธิบายควรทำแบบการให้ความจริง การอธิบายสั้น ได้ใจความ ตรงไปตรงมา และที่สำคัญคือ บุคลากรและผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องมีความเข้าใจตรงกัน และมีการปฏิบัติต่อเด็กเช่นเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ และการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สูงขึ้น ซึ่งทำได้โดยเริ่มให้เด็กได้เรียนรู้การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง วางแผนการดำเนินการสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับเด็กและผู้ดูแล เมื่อความสำเร็จเกิดขึ้น ความรู้สึก มีคุณค่าในตนก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การสื่อสารอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา สื่อสารให้เด็กทราบทั้งข้อมูลทันที ย้อนกลับที่เป็นข้อมูลทางบวกและข้อมูลทางลบ ทั้งนี้เมื่อเด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เด็กจะรับรู้จุดเด่นและข้อจำกัดของตนได้มากขึ้น

2.2.5 พยาบาลจัดกิจกรรมบำบัดทั้งที่เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างพัฒนาการของเด็กตามวัยและกิจกรรมที่จำเป็นในการเพิ่มพูนความสามารถทางสติปัญญา ให้มีการเรียนรู้ตามความจำเป็นในเด็กวัยเรียน การจัดการทางสิ่งแวดล้อมนี้ พยาบาลต้องวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็กรายบุคคล เพราะความต้องการ การเรียนรู้ของเด็กกลุ่มนี้จะแตกต่างกันมาก ก่อนการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นพยาบาลควรให้เด็กได้ทบทวนกฎระเบียบ แนวปฏิบัติในการร่วมกลุ่มจนแน่ใจว่าเด็กเข้าใจดีแล้ว รวมทั้งการย้ำเด็กให้เข้าใจถึงเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจและมั่นใจในโอกาสที่เด็กจะร่วมมือในการทำกิจกรรมนั้นจนสำเร็จได้ ในระหว่างที่เด็กทำกิจกรรมและแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควรให้ข้อมูลย้อนกลับทันที เพื่อเป็นกำลังใจและจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ต่อไปได้ การจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กกลุ่มนี้ในระยะเริ่มแรก พยาบาลจะต้องดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างใกล้ชิด แต่ในระยะต่อมาพยาบาลจำเป็นต้องค่อยๆ ลดบทบาทลง เพื่อให้เด็กได้ร่วมกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยตนเองต่อไปได้

2.2.6 พยาบาลควรใช้รูปแบบการบำบัด มีการฝึกการคิด ควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างหนึ่ง คือ การฝึกให้เด็กพูดความคิดของตนให้พยาบาลหรือผู้อื่นฟัง หรือการคิดต่างๆ ในการช่วยลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็กกลุ่มนี้

2.2.7 พยาบาลควรใช้รูปแบบการบำบัดครอบครัว ( Family therapy) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากผู้ปกครองและครู ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และได้รับการสนับสนุนให้กำหนดการฝึกวินัยให้แก่เด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนให้สอดคล้องกัน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดของตน และสามารถดูแลเด็กให้มีพัฒนาการและมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย รวมทั้งสามารถดูแลเด็กให้ได้รับยาตามแผนการรักษาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

2.2.8 พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการเป็นที่ปรึกษา ในการแก้ปัญหาด้านการเรียนของเด็ก ในกรณีที่จัดได้ เด็กจะเรียนในชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็ก โรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นชั้นเรียนที่มีเด็กไม่มาก สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนต้องสงบเงียบ ครูผู้สอนต้องเข้าใจโรคสมาธิสั้น และแสดงให้เด็กทราบถึงความคาดหวังของครูเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก หากไม่สามารถจัดชั้นเรียนเป็นพิเศษให้ได้ และเด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยที่ไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ควรมีการจัดการให้เด็กได้รับการทวดวิชาในกลุ่มเล็กๆ เพื่อช่วยให้เด็กและผู้ปกครองไม่ต้องมีความกังวลด้านการเรียน และหากในกรณีที่เด็กมีอาการดีขึ้นสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติ การช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษจากครูที่มีความรู้ ความเข้าใจเด็กเป็นพิเศษ ร่วมกับการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพร่วมด้วย



### 3. แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องการให้ความสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เนื่องจากจะพบความชุกของโรคในเด็กที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายด้วยโรคเรื้อรังหรือความผิดปกติทางภาวะจิตใจและยังพบเด็กจำนวนมากที่ต้องเสียชีวิตด้วยวัยที่ไม่สมควรเพราะเมื่อเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถมีศักยภาพในการทำหน้าที่ต่างๆได้ ซึ่งก็ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้นซึ่งเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ (Eiser and Morse, 2001)

#### 3.1 ความหมายคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกช่วงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา รวมทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ได้ดี และรวดเร็วขึ้น ดังนั้นในปัจจุบัน พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนัก และให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและคุณภาพชีวิตหรือมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งแนวคิดคุณภาพชีวิตนี้เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานนามธรรม เป็นทฤษฎีที่กว้างและครอบคลุมหลายๆแนวคิด

Patrick (1990) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า การที่บุคคลมีมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เชื่อว่าคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันจากประสบการณ์ที่ผ่านมารวมทั้งความคาดหวังในอนาคต

Schipper (1996) อธิบายถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ในแต่ละบุคคลแต่ละบริบทและวัฒนธรรมและการมีคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน

Testa (1996) คุณภาพชีวิตอาจรวมถึงวัตถุประสงค์และทัศนมุมมองแต่ละด้าน ดังนั้นวัตถุประสงค์การประเมินคุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องของบุคคลที่สามารถทำได้ และเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพ

Schmeck (1997) คุณภาพชีวิตของเด็กประกอบด้วยหลายมิติ ประกอบด้วย ร่างกาย อารมณ์ สังคม การทำหน้าที่ (การเรียนรู้)ขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล และความชัดเจนในเป้าหมายของแต่ละบุคคล

Wallander (2001) ความสามารถในการทำหน้าที่ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ที่ประกอบไปด้วย การทำหน้าที่ของ ร่างกาย ในการปรับสมดุลและปฏิกิริยาในการตอบสนองสิ่งแปลกปลอม

ด้าน อารมณ์ ที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่มากระทบต่อภาวะจิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม

Mogotsi et al (2000) คุณภาพชีวิตจะต้องมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนในเรื่องของที่อยู่อาศัย การหลับนอน ความสามารถในการ ทำหน้าที่ การเรียน การเข้าสังคม และสัมพันธภาพ ภายในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนรวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Spitzer et al (1995) คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีเป้าหมายหลักในการดูแล ภาวะสุขภาพ สุขภาพ คือ ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการทำหน้าที่ที่กระทบต่อการดำรงชีวิต

Eiser and Morse (2001) หมายถึง ความสุข ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หรือความสามารถ ในการเผชิญปัญหา ซึ่งแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล จะเห็นได้จาก คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มักจะมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงสามารถตัดสินใจได้ดี มีความสุขซึ่งถือเป็นสิ่งหนึ่งที่จะทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

สรุปจากนิยามข้างต้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของ บุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งเกิดจากการรับรู้ และการตัดสินใจของบุคคลนั้นต่อองค์ประกอบ ที่สำคัญในชีวิต

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ในการประเมิน สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 6 ด้าน (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงในวรรณภา กุมารจันทร์, 2543: 4) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และพักผ่อนรวมทั้งการรับรู้เรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ( level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/person beliefs domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่างกันของคุณ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดี ต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง รวมทั้งสุขภาพทางใจ และความสามารถในการทำหน้าที่ และสามารถอยู่ร่วมกันกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข (WHO, 1947 cited in Moons, 2004) อีกทั้งการมีสุขภาพดียังเป็นผลลัพธ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทฤษฎีทางการแพทย์ ที่ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม และพยาบาล ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบด้านการเจ็บป่วย ติดตามและวัดผลสัมฤทธิ์ของการรักษา รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 253 Wenger Mattson and Furberg et al.,1984: Calvert and Freemantle, 2003: Moons, 2004) โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคในทุกๆวัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิตแต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพราะปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคล การมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Denham, 1991) อ้างในเบญจวรรณ บุญรัตนภรณ์ , 2540) นอกจากนี้ (Torrance, 19787 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2537) ยังชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและมีการทำหน้าที่ทาง

กายภาพที่ผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ (Riley et al., 2006) ได้แก่

1) ความพึงพอใจ (Satisfaction) ได้กล่าวถึงการรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นนั้นมักพบปัญหาในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้พ่อแม่หนักใจและบางครั้งมักว่ากล่าวตักเตือน หรือตำหนิบ่อยครั้งซึ่งมีผลต่อตัวเด็กเองเกิดความรู้สึกกดดัน เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง (Escobar, 2005)

2) ความสุขสบาย (Comfort) กล่าวถึงความรู้สึกสุขสบายทางกายภาพและอารมณ์ ทั้งทางบวกและทางลบรวมทั้งข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในแต่ละวันซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาในเด็กสมาธิสั้น พบว่าอาการชุกชุนและอาการหุนหันพลันแล่นที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นบ่อยครั้งที่เกิดปัญหาในเด็กพบว่าไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี อดทนรอใครไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (DuPaul et al., 2001)

3) ความสามารถในการฟื้นกลับ (Resilience) มีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในครอบครัวและ การแก้ปัญหาทางสังคมรวมทั้งการมีกิจกรรมทางกาย พบว่าเด็กสมาธิสั้นมักไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ในการทำกิจกรรมเนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัวรวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม (Alessandri, 1992)

4) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) กล่าวถึงการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงส่วนบุคคลและการคุกคามต่อความสำเร็จในเด็กสมาธิสั้นพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าวรุนแรง คือไม่เชื่อฟัง ปัญหาการควบคุมตนเอง ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและหันไปพึ่งพาอาศัย (Connor et al., 2003)

5) ความสำเร็จ (Achievement) กล่าวถึงความสามารถทางการเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อน ในเด็กสมาธิสั้นจะพบปัญหาด้านการเรียนจากการขาดสมาธิส่งผลให้การเรียนตกต่ำถูกพ่อแม่ตำหนิทำให้เด็กไม่ชอบเรียนหนังสือรวมทั้งสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนไม่สามารถเข้ากับเพื่อนได้ (Harpin, 2005)

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ได้ถูกนำมาใช้แพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล ปัจจัยที่ทำให้มีการนำคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาใช้นั้นมีหลักฐานรายงานการวิจัยขนาดใหญ่ที่เชื่อถือได้พบว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความตรง

และความเที่ยงซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ อีกทั้งยังประสบความสำเร็จในการนำเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นผลกระทบจากภาวะของโรค และการรักษา สิ่งสำคัญคือ ผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาบูรณาการให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และนำไปสู่การให้การบำบัดอย่างเหมาะสม (Wilson & Cleary, 1995)

สำหรับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นนั้น ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ (Riley et al., 2006) กล่าวคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life - HRQoL) หมายถึงการรับรู้สุขภาพ (Health) ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และการทำหน้าที่โดยรวม (Functioning) ของเด็ก ผลประเมิน HRQoL ของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในกระบวนการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เป้าหมายหลักของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น ผู้ดูแลจะต้องรู้และเข้าใจและเห็นความสำคัญของสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือพื้นฐานของการดำรงชีวิตของเด็ก ซึ่งสามารถวัดได้จากประเมินของบิดามารดาเกี่ยวกับมิติของการดำรงชีวิตของเด็ก 5 มิติ ซึ่งแต่ละมิตินั้นเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับเด็กสมาธิสั้น

### 3.2 การวัดและเครื่องมือ

จากแนวคิดการใช้แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นที่มีการพัฒนาที่ใช้เป็นเครื่องมือวัด ภาวะสุขภาพ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพมีมากขึ้นเรื่อยๆ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทำให้ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัย หรือความเสี่ยง ถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางรักษาและป้องกันเพื่อให้เกิดผลกระทบจากโรคแก่ตัวผู้ป่วยน้อยที่สุด

3.2.1 Child Health Questionnaire (Parent Form-50) CHQ (PF-50) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Landgraf et al. (2002) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในเด็กอายุ 5-12 ปี โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามดังกล่าว พบว่า Validity และ Reliability = 0.96 การให้คะแนน ตั้งแต่ 0-100 คะแนน ประกอบด้วย การวัดผลในด้านความสามารถด้านร่างกาย, ข้อจำกัดในบทบาทหน้าที่, ความเจ็บปวดทางกาย, การรับรู้สุขภาพของตัวเอง ปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ความนับถือตนเอง ภาวะสุขภาพจิต

3.2.2 Pediatric Quality Of Life Inventory (The 23-item PedsQLTM) ของ (Varni et al., 2004) สำหรับเด็กที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย เป็นการวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ เป็นแบบสอบถามปลายปิด แบ่งเป็น 4 หัวข้อใหญ่ 23 ข้อ คือ 1) ด้านสรีระ: Physical Functioning (8 item) 2) ด้านอารมณ์: Emotional Functioning (5 item) 3) ด้านสังคม Social: Functioning (5 item) 4) ด้านการเรียน: School Functioning (5 item) การแปลคะแนน 0 = ไม่

มี: never ,25 = เกือบไม่มี: almost never, 50 = มีบ้าง: sometimes, 75 = มีบ่อย: often, 100 = มีบ่อยมาก : almost always ซึ่งวัดได้ทั้งเด็กปกติและ เด็กป่วยในระยะเฉียบพลันและเด็กป่วยเรื้อรัง ข้อดีสามารถใช้ประเมินความเฉพาะสำหรับแต่ละโรค เช่น โรคหอบ มะเร็ง หัวใจ และเบาหวาน ซึ่งใช้เวลาในการประเมิน 15-20 นาที โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้ในช่วงวัย 6-12 ปี ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามดังกล่าว พบว่า Validity และ Reliability = 0.83 ที่น่าเชื่อถือ

3.2.3 Child Health Illness Profile – Child Edition( Parent-Report From-76) CHIP-CE ( PRF-76) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ( Riley et al., 2006) โดยรายละเอียดเครื่องมือได้กล่าวถึง 1)ความพึงพอใจ ( Satisfaction) ได้แก่ การรับรู้การเป็นอยู่ที่ดีและสุขภาพ และ ความนับถือตนเอง 2)ความสบาย (Comfort) ได้แก่ ประสบการณ์ความรู้สึกของเด็กในเรื่องของภาวะสุขภาพร่างกาย และอารมณ์รวมทั้งข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 3)ความสามารถในการฟื้นกลับ (Resilience) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและความสามารถในการแก้ไขปัญหา 4)การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) ได้แก่ การลดความเสี่ยงในการทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแลพัฒนาการของเด็กอีกทั้งพฤติกรรมที่มีผลต่อการพัฒนาสังคม และ5)ความสำเร็จ ( Achievement) ได้แก่ ความสำเร็จทางการเรียนรวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อน

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้น โดยประเมินจาก Child Health Illness Profile – Child Edition( Parent-Report From-76) CHIP-CE (PRF-76) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งทางร่างกาย ได้แก่ เด็กที่เป็นเบาหวาน หอบหืด โรคลมชัก ส่วนทางจิต ได้แก่เด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการประเมินที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และภาวะจิตใจของเด็กโดยตรง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 6-11ปี ที่ใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1-5 ซึ่งมี 76 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ตามจำนวนข้อ ซึ่งแต่ละด้านมีคะแนนไม่เท่ากัน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ต่ำ ดี ดีมาก ตามลำดับ

#### 4.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยไม่มีการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนั้นที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในปัจจุบันการศึกษาวิจัยจำนวนมากจึงมุ่งเน้นการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายมากกว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในจิตเวชเด็กและ

วัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กสมาธิสั้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยให้ความสำคัญในการศึกษา ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาใดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่สำหรับต่างประเทศมีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะประเทศในแถบยุโรป 10 ประเทศ และสหรัฐอเมริกา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นในทวีปยุโรป 10 ประเทศ ในเด็กสมาธิสั้น 1478 คน (Riley et al., 2006) โดยใช้แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Child Health and Illness Profile – Child Edition(CHIP-CE -Parent Repotr Form) 76 Item ที่ใช้ในเด็กอายุระหว่าง 6-11 ปี มีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 26 ตัวแปร ดังนี้ การอยู่ร่วมกันกับบิดามารดา(Living with both parents), จำนวนเด็กที่อาศัยกับผู้ปกครอง ( Number of children living with parent), ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคสมาธิสั้น( family history of ADHD), มารดาติดยาหรือสุราขณะตั้งครรภ์(maternal drug/alcohol abuse during pregnancy), น้ำหนักแรกคลอดต่ำ (Low birth weight), มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ( Maternal smoking during pregnancy ), ปัญหาอาการซุกซน (SDQ: Hyperactivity), ปัญหาด้านอารมณ์ (SDQ: Emotional Symptoms), ปัญหาพฤติกรรมเกร (SDQ: Conduct Problems), ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ( SDQ: Peer Relationship Problems), ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม (SDQ: Prosocial Behaviour), อาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (Anxiety and/or Depression ), ปัญหาเกร/คื้อ (CD and/or ODD) ,ปัญหา (tics and/or Tourette’s), ปัญหาโรคร่วม (Co-ordination Problems), เด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย (asthma), อาการทางจิตที่มีผลต่อร่างกาย เช่น (ปวดท้อง ปวดศีรษะปัญหาการนอนหลับ) ( Number of somatic symptoms), ปัญหาสุขภาพในครอบครัว/ประวัติสุขภาพในครอบครัว (Family health problem), ความรุนแรงของอาการของโรคของผู้ป่วยจากความเห็นโดยรวมของแพทย์ผู้รักษา( The Clinical Global Impressions-Severity (CGI -S) ) ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ (ADHD-RS: Inattention score), ความรุนแรงของอาการซุกซน/หุนหันพลันแล่น (ADHD-RS: Hyperactivity/impulsivity score), อายุ (Age), เพศ (Gender) ซึ่งมีผลการวิจัย ดังนี้

1.ด้านความพึงพอใจ ( Satisfaction) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความพึงพอใจ ได้แก่ การอยู่ร่วมกันกับบิดามารดาปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ปัญหาโรคร่วม เด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วม

ด้วย ความรุนแรงของอาการจากความเห็น โดยรวมของแพทย์ผู้รักษา ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการชุกชน/หุนหันพลันแล่น อายุ

2.ความสบาย (Comfort) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสบาย ได้แก่ การอยู่ร่วมกันกับบิดา มารดา ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย อาการทางจิตที่มีผลต่อร่างกาย เช่น (ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปัญหาการนอนหลับ)

3.ความสามารถในการฟื้นกลับ (Resilience) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการฟื้นกลับ ได้แก่ ปัญหาอาการชุกชน ปัญหาพฤติกรรมเกรเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ปัญหาสุขภาพในครอบครัว ความรุนแรงของอาการชุกชน/หุนหันพลันแล่น อายุ

4.การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง(Risk avoidance) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ได้แก่ มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ปัญหาอาการชุกชน ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ปัญหาสุขภาพในครอบครัว/ประวัติสุขภาพในครอบครัว ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการชุกชน/หุนหันพลันแล่น เพศ

5.ความสำเร็จ (Achievement) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสำเร็จ ได้แก่ ปัญหาอาการชุกชน ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ปัญหาโรคร่วม ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการชุกชน/หุนหันพลันแล่น

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วย การอยู่ร่วมกันกับบิดา มารดา มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ปัญหาอาการชุกชน ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคหอบหืดร่วมด้วย อาการทางจิตที่มีผลต่อร่างกาย เช่น (ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปัญหาการนอนหลับ) ปัญหาสุขภาพในครอบครัว/ประวัติสุขภาพในครอบครัว ความรุนแรงของอาการจากความเห็น โดยรวมของแพทย์ผู้รักษา ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการชุกชน/หุนหันพลันแล่น อายุ เพศ

จากการศึกษาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัย เลือกตัวแปรที่จะศึกษาบางตัวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป จากตัวแปรทั้งหมด 26 ตัวแปร ตามกรอบแนวคิดทั้งตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามของ( Riley et al.,2006) จากปัจจัยดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์ จึงเป็นเหตุผลในการคัดเลือกตัวแปรในครั้งนี้ ที่มีค่า



ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยตัวแปร 2 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (personal variables) ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก (clinical variables) ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ (ขาดสมาธิ , ซุกซน/หุนหัน พลันแฉ่น) โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่เด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้น จึงให้ความสำคัญกับปัจจัยที่สามารถจัดกระทำ ได้ ดังนั้นจากการศึกษาปัจจัยทางคลินิกในเด็กสมาธิสั้น ได้กล่าวถึง ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน ที่ (Riley et al., 2006) กล่าวไว้ เป็นปัจจัยที่ต้องพัฒนาเชิงโครงสร้างในระดับนโยบาย ที่ต้องดูแลภาวะสุขภาพ การเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ ของเด็กสมาธิสั้น อีกทั้งยังต้องอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพจึงจะได้ผลและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชเพื่อสามารถจัดกระทำ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดผู้รับบริการ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเข้ามศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปร

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น โดยตรง ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

**4.1.1 เพศ** เป็นลักษณะส่วนบุคคล ที่กำหนดบทบาทและบุคลิกภาพ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในด้านสรีรวิทยา พบว่าลักษณะเพศชาย จะแสดงพฤติกรรมที่ออกมาในลักษณะก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง ( Leadbeater et al., 1999) และยังพบว่าในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นเพศหญิง จะได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่รุนแรง และเป็นปัญหาระยะยาว จากความผิดปกติ และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านอารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคม ( Sayal, 2003) สามารถวัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

#### ความสัมพันธ์ของเพศ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษาเรื่องเพศในเด็กสมาธิสั้นพบว่าเพศชายมักแสดงอาการพฤติกรรมที่รุนแรงมากกว่าเพศหญิงแต่จะพบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายมักมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีภาวะโรคร่วม และยังพบว่าเพศชายจะมีปัญหาในเรื่องของการเรียน เนื่องจากขาดสมาธิดังนั้นจึงมีผลการเรียน

ก่อนข้างตกต่ำมากกว่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Basen , 1996)

**4.1.2 อายุ** อายุเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ความสามารถทางการรู้คิด จากการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่เริ่มแสดงอาการตั้งแต่ช่วงปฐมวัย และครึ่งหนึ่งของเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาขาดสมาธิ ร้อยละ 48 ซึ่งพบในเด็กวัยเรียน อีกทั้งพบปัญหาเด่นชัดในเด็กวัยเรียนที่พ่อแม่ต้องนำมาพบแพทย์ ปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าวรุนแรง คือไม่เชื่อฟัง (Connor, 2003) ส่งผลต่อการเรียนและการเข้าสังคม (Cunningham, 2002) สามารถวัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

#### ความสัมพันธ์ของอายุ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ในเด็กสมาธิสั้นจะพบว่าในเด็กวัยเรียนมักพบปัญหาในเรื่องพฤติกรรมซุกซน และหุนหันพลันแล่น การทำกิจกรรมต่างๆที่อาจมีผลต่อสุขภาพร่างกายและในบางครั้งยังมีพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองที่ส่งผลต่อสังคม ถ้าพฤติกรรมดังกล่าว ไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะมีปัญหาในระยะยาวต่อไป (Basen, 1996) ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในเด็กสมาธิสั้น

**4.1.3 การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา** คือความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดาที่ อยู่ร่วมกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวคุ้นเคยมีความสนิทสนมระหว่างบิดา มารดาและบุตร มีความสัมพันธ์ตามบทบาทสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว ก่อให้เกิดอึดมั่น โน้ตสนั่น และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันที่ใกล้ชิด มีการเผชิญหน้าซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม ที่จะทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งรอบด้านที่มากกระทบต่อภาวะจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกมีความสุข ที่ได้รับความรักความอบอุ่น เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เด็กมองโลกในแง่ดี และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ลำเจียก คำธรรและคณะ , 2550) สามารถวัดได้จากแบบสอบถาม การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา หรือ บิดามารดาแยกกันอยู่

#### ความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

การรับรู้การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดาของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อความมั่นคงด้านจิตใจและมีส่วนเกี่ยวข้องเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อและการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต บอกถึงความผูกพันในครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคมและเป็นประโยชน์ ต่อการช่วยกันเลี้ยงดูบุตรด้วยความรักและเข้าใจ (Hanucharumkul, 1989) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวรวมทั้งการอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา การช่วยเหลือดูแลเด็กด้วยความเข้าใจรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาก่เกิดขึ้นกับ

เด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการอยู่ร่วมกันกับบิดา-มารดา จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กสมาธิสั้น (Ellis and Nigg, 2008)

**4.1.4 ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิตในครอบครัว** หมายถึง ปัญหาสุขภาพจิตและความเครียด ภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รวมทั้งญาติพี่น้องที่อยู่ร่วมกันในครอบครัว พบว่าอารมณ์และพฤติกรรมของบิดามารดา ส่งผลต่อการพัฒนาการของเด็ก ( Denham, 2002) ดังนั้น ความเชื่อ และมุมมองต่อตนเอง และมุมมองรอบตัว เมื่อมารดามีปัญหาสุขภาพจิต ก็จะส่งผลกระทบต่อความเชื่อ ความคิดของเด็กไปในทางเดียวกัน (จินตนา ชูนิพันธ์ , 2544) สามารถวัดได้จากแบบสอบถามมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

**ความสัมพันธ์ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น**

มีการศึกษาถึงแนวโน้มในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่พ่อแม่มีภาวะเครียดมากในการเลี้ยงดูในเด็กสมาธิสั้น ทำให้พึ่งพาสุราและมีปัญหาครอบครัวตามมารวมทั้งภาวะซึมเศร้า ( Anastopoulos et al., 1992) และยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและเด็ก ที่มีการตัดสินใจที่ไม่ดีรวมถึงมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวที่ในเด็กสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมเกเรนั้น มารดามักมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านจิตใจในเรื่องความวิตกกังวลและซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองในเรื่องการเลี้ยงดู และสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว ที่มีผล ระยะยาว ต่อตัวเด็ก ไปจนถึงวัยรุ่น เด็ก จะมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมตามมา (Birbaum et al., 2005) ในมารดาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อเด็กในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Olson et al., 2003) ดังนั้นครอบครัวที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

## 4.2 ปัจจัยทางคลินิก

ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นโดยตรง ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ มีรายละเอียดดังนี้

**4.2.1 ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน** พบว่าในเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาในการควบคุมตนเอง เพราะไม่สามารถที่จะบังคับตัวเองได้ทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงขณะเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและในที่สุดก็จะถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม ( Connor et al., 2003) ซึ่งบ่อยครั้งที่เด็กมีพฤติกรรมที่เกะกะระราน ใช้กิริยาและวาจาที่ไม่เรียบร้อย หรือ พฤติกรรมที่ตั้งใจทำให้เกิดการเจ็บตัว หรือทำให้เกิดความกังวลต่อผู้อื่นได้แก่ การตี เตะ ทำลายข้าวของ แย่งชิง ใช้คำพูดโจมตีผู้อื่นและต่อต้านไม่ร่วมมือ รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อต้องการทำร้ายผู้อื่น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกอาจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ทางวาจา เช่นการคำทอ พุดกระพือกระเทียบเปรียบเปรย เยาะเย้ย ส่วนทางร่างกาย เช่นทำร้ายร่างกายด้วยความรุนแรง หรือการแสดงออก ด้วยท่าทาง

เช่นการดูหมิ่นด้วยสีหน้าท่าทาง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่กระทำต่อเพื่อน (Becker et al., 2004) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ (Goodman, 2000) และใช้คะแนนในด้านพฤติกรรมกับเพื่อน

#### **ความสัมพันธ์ของปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น**

จากงานวิจัยของ Becker et al. (2006) พบว่า ความสัมพันธ์ของปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน นั้นมีพื้นฐานจาก ในวัยเด็กนั้นต้องการความรักและความเอาใจใส่จาก บิดามารดา ถ้าเด็กไม่ได้รับความรักตามที่ตนต้องการ เด็กก็จะเปลี่ยนมาเป็นความเกลียดและความเป็นศัตรูแทน ความเกลียด ความโหดเหี้ยมอาจจะเกิดขึ้นในจิตใจของเด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่ได้รับความอบอุ่น และความยุติธรรมอย่างเพียงพอ ทำให้เด็กต้องระบายความคับข้องใจ โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเพื่อน และจากการศึกษาเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ก้าวร้าวเกร ไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อน และถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม

**4.2.2 ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม** ปัญหาที่สำคัญในเด็กสมาธิสั้นนั้นมักพบในเรื่องของการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น มีปัญหาทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น มักก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ในเด็กสมาธิสั้นมักพบพฤติกรรมที่ เรียกว่า conduct disorder เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชอบทำลายข้าวของ พุดปด ลักษณะโหมขาดความเคารพในผู้อื่น และขาดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ซึ่งถือได้ว่าเป็นลักษณะพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาล ( Antisocial Personality Disorder ) ที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาจะพบร่วมกันกับเด็กสมาธิสั้นแทรกซ้อนถึง ร้อยละ 40 (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) ดังนั้นปัญหาพฤติกรรมทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น ประเมินจากแบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ (Goodman, 2000) และใช้คะแนนในด้านพฤติกรรมทางสังคม

#### **ความสัมพันธ์ของปัญหาพฤติกรรมทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น**

เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลาย ๆ ด้าน ทำให้พ่อแม่มีความยากลำบากในการดูแลและอาจใช้วิธีการดุด่า ลงโทษหรือจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นผลทำให้เด็กมีการปรับตัวได้ลำบากและอาจมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์อื่น ๆ ตามมาได้ ดังนั้นสิ่งสำคัญในการดูแลเด็กพ่อแม่และครูจะต้องมีความเข้าใจความบกพร่องของเด็ก พร้อมกับปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น (Institute for Clinical Systems Improvement, 2010) ในเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเล็กน้อยๆ ในวัยเด็ก นี้ ถือ

เป็นสัญญาณเตือนว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นในการที่จะเกิดพฤติกรรม antisocial ในเวลาต่อมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Neale, 2001) ที่กล่าวว่าเด็กสมาธิสั้นที่มี Conduct disorder ร่วมด้วยมีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกแบบอันธพาล ประเมินโดยแบบประเมินโดยใช้ ประเมิน SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) Swanson and et al. (2001) ฉบับภาษาไทย แปลโดยนายแพทย์ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร

**4.2.3 ความรุนแรงของอาการ(ขาดสมาธิ, ซุกซน/หุนหันพลันแล่น)** ความรุนแรงที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่พบอาจมีอาการที่เด่นชัดมากกว่า 1 อาการอาจพบอาการที่เด่นชัดๆในเรื่องของการขาดสมาธิรุนแรง อาการซุกซน หรืออาการหุนหันพลันแล่น หรือในบางครั้งอาจพบพฤติกรรมเกรี้ยวกราดร่วมด้วย (Matza et al., 2004) และยังพบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการซุกซนหรือหุนหันพลันแล่นมากนั้น จะมีผลกระทบด้านร่างกายที่ต้องมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา มักจะพบการบาดเจ็บด้านร่างกายบ่อยๆ รวมถึงภาวะอารมณ์หุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (Preuss et al., 2006)

#### **ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น**

ความรุนแรงของอาการของอาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น หรืออาการซุกซน หรือการมีภาวะโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นนั้นจะแสดงออกในเรื่องของพฤติกรรมที่รุนแรง (Riley et al., 2004) และจากการศึกษาในเรื่องความรุนแรงของเด็กสมาธิสั้นพบว่าเด็กที่ขาดสมาธิมากนั้นจะมีผลต่อด้านร่างกายที่ต้องมีการเคลื่อนไหวตัวเองตลอดเวลาสิ่งที่ตามมาจะพบการบาดเจ็บด้านร่างกาย รวมถึงภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความพึงพอใจของภาวะสุขภาพ ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและความสำเร็จ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน พบเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเพื่อน ก้าวร้าว เกรี้ยวกราดเพื่อน เด็กจะไม่มีเพื่อนเล่นด้วย ทำให้เด็กต้องเล่นคนเดียว ขาดเพื่อน เด็กก็จะมีพฤติกรรมที่เก็บกด (Preuss and et al., 2006) ซึ่งถ้าเด็กยังคงมีพฤติกรรมเช่นนี้ต่อไป พฤติกรรมไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะนำมาซึ่งปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ในระยะยาว

#### **เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

##### **งานวิจัยในประเทศ**

ไกรสร พงศ์วิไลรัตน์ และคณะ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและนำมาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตของเด็กปกติทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามของ PedsQLTM 4.0 โดยให้

ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มโรคสมาธิสั้น ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้ปกครองของเด็กกลุ่มควบคุม ได้แก่ เด็กปกติที่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆตอบแบบสอบถาม โดยทำการศึกษาในเด็กที่มีอายุระหว่าง 8 ปีถึง 12 ปี ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในด้านจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์ สังคม และโรงเรียน ของกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) คุณภาพชีวิตด้านร่างกายในส่วนที่เด็กตอบ ในกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.041$ ) งานวิจัยในต่างประเทศ

Anastopoulos และคณะ (1992) ศึกษาถึงแนวโน้มของครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ ทางจิต ในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นพบว่า พ่อแม่มีภาวะเครียดมากในการเลี้ยงดูในเด็กสมาธิสั้น ทำให้พึ่งพาสุราและมีปัญหาครอบครัวตามมารวมทั้งภาวะซึมเศร้าและยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและเด็กพบว่ามีอาการตัดสินใจที่ไม่ดีรวมถึงมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวที่ในเด็กสมาธิสั้นและในเด็กที่มีพฤติกรรมเกเรนั้นจะพบว่ามารดานั้นมีปัญหาทางด้านสุขภาพและปัญหาทางด้านจิตใจในเรื่องความวิตกกังวลและซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลต่อตัวเด็กเองในเรื่องของความอบอุ่นในครอบครัวอีกทั้งยังรวมถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

Matza และคณะ (2004) จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้น จากการสำรวจ แผนกผู้ป่วยนอก 13 แห่ง ประเทศสหรัฐอเมริกา จากเด็ก 281 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ inclusion criteria ตาม DSM-IV โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นในการศึกษานี้ โดยใช้แบบประเมิน Child Health Questionnaire 50-item Parent Form (CHQ-PF50) ซึ่งประกอบด้วย 12 ด้าน ดังนี้ การทำหน้าที่ทางกายภาพ ข้อจำกัดด้านอารมณ์และพฤติกรรม ข้อจำกัดทางกายภาพ ความเจ็บปวด พฤติกรรม สุขภาพจิต คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ผลกระทบจากอารมณ์ของบิดา-มารดา ผลกระทบเรื่องเวลาของบิดามารดา กิจกรรมในครอบครัว ความสามัคคีในครอบครัว และผลของคะแนนรวม 2 ด้านทางด้านจิตสังคม และ ทางกายภาพ ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ วัดโดย ADHD Rating Scale-IV; Parent Version (ADHD-RS) ซึ่งวัดความรุนแรงของอาการ ( inattention and hyperactivity-impulsivity) ประกอบด้วย 18 ข้อ และ The Clinical Global Impressions- ADHD-Severity (CGI-ADHD-S) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการของโรคของผู้ป่วยจากความเห็นโดยรวมของแพทย์ผู้รักษา โดยให้ความเห็นเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึงปกติ/ไม่มีอาการเลย จนถึง 7 หมายถึงมีอาการรุนแรงมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (จากผลรวมคะแนนด้านจิต

สังคม)ของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซุกซน/หุนหันพลันแล่น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญ

Klassen และคณะ (2004) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นที่ British Columbia (Canada) เด็กจำนวน 131 คน (อายุเฉลี่ยที่ 10 ปี และ ร้อยละ 81 เป็นเพศชาย) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ด้วย DSM-IV โดยใช้แบบสอบถาม Child Health Questionnaire 50-item Parent Form (CHQ-PF50) ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการในเด็กสมาธิสั้น เช่น ขาดสมาธิ อาการซุกซน/หุนหันพลันแล่น จะพบพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อด้านการเรียน การเข้าสังคม และการมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ร้อยละ 60-70 ของเด็กสมาธิสั้น มักมีอาการดังกล่าวร่วมกันและความรุนแรงของอาการ และมีอาการดังกล่าวข้างต้นร่วมกันมากกว่า 2 อาการ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ เด็กยังได้รับผลการประเมินจากนักจิตวิทยาด้วยพบว่าเด็กจำนวนมากกว่าร้อยละ 68 ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย เด็กจำนวน 51 คนมีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ จำนวน 45 คนมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมต่อต้าน

Novik และคณะ (2006) จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-18 ปี ในทวีปยุโรป 10 ประเทศ พบว่าความแตกต่างของเพศหญิงและชาย คะแนนในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่รายด้านพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านความพึงพอใจ และด้านความสุขสบายเพศหญิง น้อยกว่าเพศชาย ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านความเสี่ยงในเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย

Riley และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา ครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ร่วมกันช่วยกันดูแลบุตรจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ในด้าน ความพึงพอใจ โดยเด็กจะรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีเมื่อมีบิดามารดาอยู่ร่วมกัน และมีผลทางบวกด้านความสุขสบาย โดยเด็กจะรู้สึกถึงความสุขทางร่างกายรวมทั้งอารมณ์ และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพในบิดามารดาที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย และอารมณ์ นั้นจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางลบ ในด้านความยืดหยุ่น โดยที่เด็กอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยของบิดา-มารดา รวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นในด้านการลดความเสี่ยง โดยที่เด็กซึ่งมีพฤติกรรมซุกซน หุนหันพลันแล่น ก็จะทำให้เกิดอันตรายโดยที่บิดามารดาไม่ได้ดูแลใกล้ชิด หรือขาดการส่งเสริมในเรื่องของพัฒนาการของเด็กตามวัย ซึ่งจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็ก

สมาธิสั้นมีปัญหามากขึ้น การเจ็บป่วยทางกาย เปรียบเทียบเด็ก 3 กลุ่มพบว่า เด็กที่สุขภาพแข็งแรง เด็กที่เป็นหอบหืด และเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความพึงพอใจและด้านความสุขสบาย โดยเด็กสมาธิสั้นจะรับรู้ถึงปัญหาภาวะสุขภาพของตนเองนั้นแย่กว่าเด็ก 2 กลุ่มแรก ทั้งทางร่างกายและภาวะจิตใจ ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการจะมี ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความพึงพอใจ โดยคะแนนจะมากกว่าด้านการลดความเสี่ยงและผลในเรื่องของการเรียนอีกด้วย ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจะส่งผลทางด้านลบทุกด้าน ยกเว้นด้านความยืดหยุ่น

Coghill และคณะ (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบจากการสูญเสียการทำหน้าที่จากความรุนแรงของอาการจากการวินิจฉัยของแพทย์ในเด็กสมาธิสั้น โดยคัดเลือกเด็กสมาธิสั้นจำนวน 985 จากเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 1573 คน เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ จาก 10 ประเทศในแถบยุโรป โดยการประเมิน The Clinical Global Impressions-Severity scales (CGI-S) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการของโรคของผู้ป่วยจากความเห็นโดยรวมของแพทย์ผู้รักษา โดยให้ความเห็นเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึงปกติ/ไม่มีอาการเลย จนถึง 7 หมายถึงมีอาการรุนแรงมากที่สุด และ CGAS Children's Global Assessment Scale เป็นการวัดความสามารถในการทำหน้าที่ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยคะแนนมากกว่า 70 ถือว่าความสามารถในการทำหน้าที่ดี น้อยกว่า 60 ถือว่าความสามารถในการทำหน้าที่แย่ เป็นต้น ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การอยู่ร่วมกันกับบิดา มารดา (Living with both parents), จำนวนเด็กที่อาศัยกับผู้ปกครอง ( Number of children living with parent), เด็กคลอดก่อนกำหนด ( Born prematurely), น้ำหนักแรกคลอดต่ำ ( Low birth weight), มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ ( Maternal smoking during pregnancy ), ปัญหาอาการซุกซน (SDQ: Hyperactivity), ปัญหาด้านอารมณ์ (SDQ: Emotional Symptoms), ปัญหาพฤติกรรมเกร (SDQ: Conduct Problems), ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน (SDQ: Peer Relationship Problems), ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม (SDQ: Prosocial Behaviour), อาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (Anxiety and/or Depression ), ปัญหาเกร/ดื้อ (CD and/or ODD), ปัญหาโรคร่วม (Co-ordination Problems), อาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive disorder), อาการทางจิตที่มีผลต่อร่างกาย เช่น (ปวดท้อง ปวดศีรษะ ปัญหาการนอนหลับ) (Number of somatic symptoms), ปัญหาสุขภาพในครอบครัว/ประวัติสุขภาพในครอบครัว (Family health problem), ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ (ADHD-RS: Inattention score), ความรุนแรงของอาการซุกซน/หุนหันพลันแล่น (ADHD- RS:Hyperactivity /impulsivity score), อายุ (Age), เพศ (Gender) และยังมีปัจจัยอื่นที่กล่าวถึงแต่ไม่มีผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่จากความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ประวัติครอบครัวที่เป็นโรคสมาธิสั้น ( family history of ADHD), มารดาติดยาหรือสุราขณะตั้งครรภ์ (maternal drug/alcohol abuse during pregnancy),



มารดามีปัญหาขณะที่ตั้งครรภ์ (other pregnancy or birth problem), และ (tics and/or Tourette's) โรคหอบหืด (asthma) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการ ของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมดื้อ/เกร และปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการและการสูญเสียในการทำหน้าที่ ได้แก่ อาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า อาการทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพในครอบครัว (ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว) และคลอดก่อนกำหนด

Elli และคณะ (2008) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดาในการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นพบว่าปัจจัยของการที่บิดามารดาช่วยเหลือเด็กด้วยความเข้าใจรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้เด็กรับรู้ถึงความปลอดภัย ความผูกพันในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก

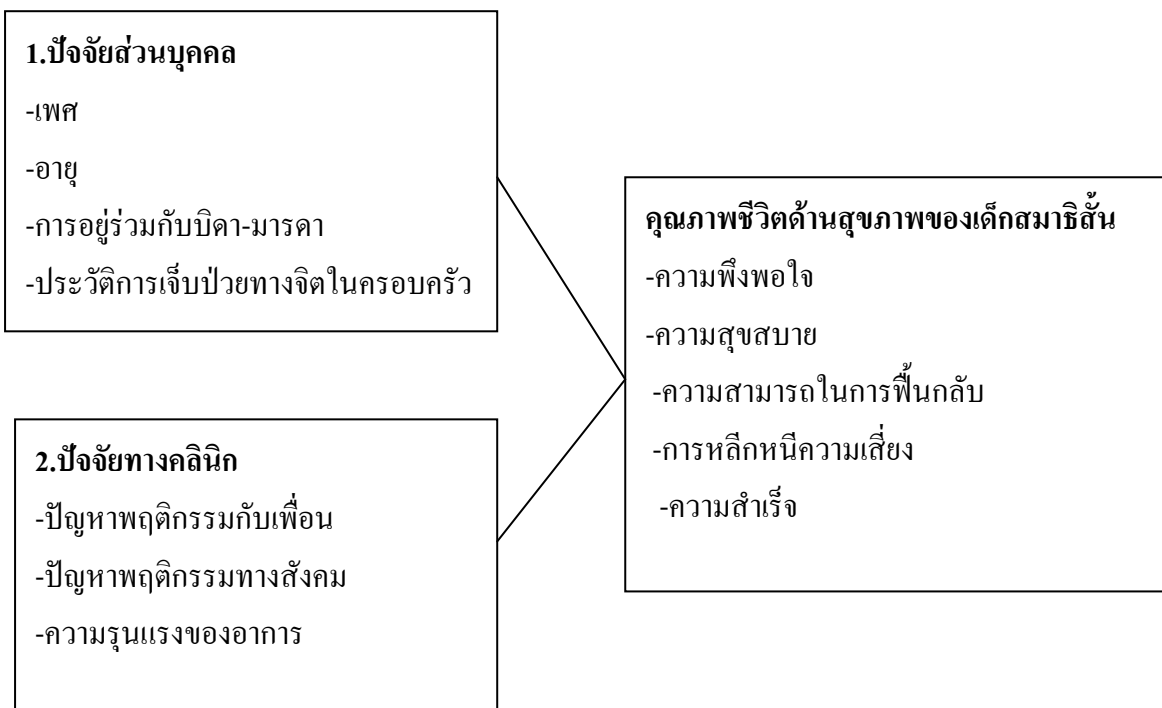
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีหลายปัจจัย หลายสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น และสำหรับประเทศไทยนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีการศึกษาน้อยมาก จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางในการบริการพยาบาลที่จะสามารถดำเนินการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งตัวแปรต่างๆที่นำมาศึกษาครั้งนี้ คือ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต ในครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ ของ (Riley et al., 2006) โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกันกับบิดาและมารดา ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ และ ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease/ ICD 10 เป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และ สถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-11 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria ) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เป็นเด็กสมาธิสั้น ( Attention- Deficit / Hyperactivity Disorder) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 มีอายุ 6-11 ปี และมารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต
2. เพศชาย หรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
3. เป็นผู้ที่ใช้เวลาอยู่กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน ไม่รวมเวลานอนหลับของเด็ก เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

4. เป็น บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย

5 . ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์ การวินิจฉัยของ ICD 10 เป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) โดยการคำนวณจาก  $N \geq 10k + 50$  ( $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 12 ตัวแปร จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ราย และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดจำนวน 187 คน (ดังตารางที่ 1) ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจะมีอำนาจในการทดสอบมากยิ่งขึ้น (Gersten, Baker, and Loyd, 2000)

3. คัดเลือกโรงพยาบาล ดังนี้

3.1 สํารวจโรงพยาบาล ที่มีผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และมีจิตแพทย์เด็ก ที่มีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวนยอดผู้ป่วยที่มารับบริการต่อเดือนเฉลี่ยมากกว่า 150 ราย พบว่ามีโรงพยาบาลที่ตรงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ (ดังตารางที่ 1)

3.2 กำหนดสัดส่วน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ โรงพยาบาล จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 140 คน และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จำนวน 47 คน

3.3 การสุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทำการสุ่ม หยิบแฟ้มประวัติ วันละ 10 คน จากนั้นจึง ขอความร่วมมือจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการตอบแบบสอบถาม และถ้าบิดามารดาหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ก็ทำการ เลือกเพิ่มจนครบตาม

กำหนด การดำเนินการเก็บข้อมูลทั้ง 2 โรงพยาบาลในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 จนครบตามจำนวน 187 คน โดยใช้ระยะเวลารวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 7 มกราคม-1 กุมภาพันธ์ 2556

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่มีให้บริการผู้ป่วยนอก ในเด็กสมาธิสั้น ในแต่ละภาค

โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยนอก	กลุ่มตัวอย่าง	
(เฉลี่ยต่อเดือน)				
<b>ภาคเหนือ</b>				
1. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	เชียงใหม่		80	
2. โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่		100	
<b>ภาคกลาง</b>				
3. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	นครปฐม	-		
4. โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	สมุทรปราการ	664		140
5. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรุงเทพมหานคร		153		47
6. สถาบันราชานุกูล	กรุงเทพมหานคร	-		
7. โรงพยาบาลศรีธัญญา	นนทบุรี	-		
8. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ นครสวรรค์		-		
<b>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>				
9. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นครพนม			100	
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอนแก่น		-		
11. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ นครราชสีมา			120	
<b>ภาคใต้</b>				
12. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี			90	
13. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ สงขลา			80	
รวม				187

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามโดยให้ บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วนรวมจำนวนข้อทั้งหมด 127 ข้อ ใช้เวลาทั้งหมด 35-40 นาที โดยมีการสร้างและตรวจสอบเครื่องมือดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย เป็นข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างประชากรครอบคลุมตัวแปร 4 ตัว มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ลักษณะ ข้อคำถามมี 2 ลักษณะ คือ คำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 3 ข้อ มีคำตอบให้เลือกหลายคำตอบ จำนวน 2 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรงของอาการ

แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยมีเนื้อหา ครอบคลุม ลักษณะอาการที่พบได้ในเด็กสมาธิสั้น โดยแยกเป็น ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการซุกซน ความรุนแรงของอาการหุนหันพลันแล่น ที่สร้างขึ้นโดย Swanson and et al., (2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ฉบับภาษาไทย แปลโดยฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.92

เครื่องมือเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เลย	ข้อความนั้นไม่พบลักษณะอาการเลย	0
เล็กน้อย	ข้อความนั้นพบลักษณะอาการเล็กน้อย	1
ค่อนข้างมาก	ข้อความนั้นพบลักษณะอาการค่อนข้างมาก	2
มาก	ข้อความนั้นพบลักษณะอาการมาก	3

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-37 คะแนน โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมาย ดังนี้

คะแนน	0-18 เป็นคะแนนต่ำ หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	19-36 เป็นคะแนนปานกลาง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ ปานกลาง
คะแนน	มากกว่า 37 เป็นคะแนนสูง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับสูง

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ( The Strengths and Difficulties Questionnaire :SDQ) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นพัฒนาโดย Robert Goodman มีการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดย มาโนช หล่อตระกูล และพรรณพิมล หล่อตระกูล (2543) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี ฉบับที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรม ของเด็ก จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็น กลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เฉพาะส่วนของ สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพทางสังคม มีจำนวน 10 ข้อ

กลุ่มพฤติกรรม	ข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	6,11,14,19,23	6,19,23	11,14
สัมพันธภาพทางสังคม	1,4,9,17,20	1,4,9,17,20	-

#### การให้คะแนนดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
จริง	2	0
ค่อนข้างจริง	1	1
ไม่จริง	0	2

#### การแปลผลคะแนนมีดังนี้

เกณฑ์คะแนน ปกติ เสี่ยง มีปัญหา

คะแนนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6-10	5	0-4

### ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับสำหรับ บิดามารดาCHIP-CE/PRF (Child - Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form) ของ Riley และคณะ (2006) เป็นเครื่องมือที่ใช้กับเด็กสมาธิสั้นในทวีปยุโรปหลายประเทศด้วยกันจำนวน 76 ข้อ มีค่าความตรงของเครื่องมือ .93 และค่าความเที่ยง .88 ทั้งนี้ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทย และใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้รับอนุญาต จึงทำการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลกลับ (Back translation) (ในภาคผนวก)โดยอาจารย์สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาและปรึกษาหารือร่วมกับอาจารย์ผู้แปลจากสถาบันภาษาอีกครั้ง จากนั้นจึงนำมาใช้ในงานวิจัย ทั้งนี้ยังคงให้

ความหมายตรงกับต้นฉบับเดิมของ CHIP-CE/PRF (Child Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form) (Riley et al.,2006) แบบสอบถามที่แปลและปรับความเหมาะสมแล้ว ประกอบด้วย 5 หัวข้อ รวม 76 ข้อรายการ ดังนี้

1. ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง การรับรู้ถึงความเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพ รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง ชื่นชอบตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความรักของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีจำนวน 11 ข้อ

2. ความสุขสบาย (Comfort) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายทางกายภาพและอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือทางจิตใจ ความรู้สึกเศร้า หงุดหงิด อารมณ์เสีย กระวนกระวาย หรือวิตกกังวล หวาดกลัว และในบางครั้งก็รู้สึกได้ถึงอาการผ่อนคลาย รวมถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มีจำนวน 22 ข้อ

3. ความสามารถในการฟื้นกลับ (Resilience) หมายถึง การมีส่วนร่วมในครอบครัวและการแก้ปัญหาทางสังคม รวมทั้งการมีกิจกรรมทางกาย เช่น ปัญหาจากการเดิน การวิ่ง การขึ้นบันได การเล่นกีฬาของเด็ก และการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การอ่านหนังสือ การรับฟังความรู้สึก ความคิดเห็นของเด็ก รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีจำนวน 19 ข้อ

4. การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk avoidance) หมายถึง การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงส่วนบุคคล และการคุกคามต่อความสำเร็จ เช่น เด็กสมาธิสั้นมักทำอะไรที่ไม่ระมัดระวังถึงความปลอดภัยของตัวเอง การฝ่าฝืนกฎระเบียบที่ตั้งไว้ หรืออาจพบพฤติกรรมโกหก โกง รั้งแกลเด็กคนอื่น ถึงขั้นมีปัญหาเรื่องการเรียน มีจำนวน 14 ข้อ

5. ความสำเร็จ (Achievement) หมายถึง ความสามารถทางการเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ปัญหาการเรียนในแต่ละวิชา เช่น คณิตศาสตร์ ภาษาไทย หรืองานที่ได้รับมอบหมายจากครูไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ รวมทั้งการบ้าน มีจำนวน 10 ข้อ



ตารางที่ 2 แสดงข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งหมด 76 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ	ข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
1. ด้านความพึงพอใจ	1-4, 6-12	1-4, 6-12	-
2. ด้านความสุขสบาย	5, 13-30, 34-36	-	5, 13-30, 34-36
3. ด้านความสามารถ ในการฟื้นกลับ	31-33, 37-47, 64-68	37-47, 64-68	31-33
4. การหลีกเลี่ยงความ เสี่ยง	48-51, 56-59, 61-63, 73, 74, 76	74	48-51, 56-59, 61-63, 73, 76
5. ด้านความสำเร็จ	52-55, 60, 69-72, 75	52-54, 69-72, 75	55, 60

การตอบแบบประเมิน ผู้ตอบจะเลือกได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
1. สม่าเสมอ ฉันเห็นด้วยอย่างยิ่ง ทุกวัน ดีเยี่ยม เป็นไปได้มาก	5	1
2. เกือบสม่าเสมอ ฉันเห็นด้วย โดยส่วนใหญ่ เกือบทุกวัน ดีมาก เป็นไปได้	4	2
3. บางครั้ง ฉันค่อนข้างเห็นด้วย บางวัน ดี ค่อนข้างเป็นไปได้	3	3
4. แทบจะไม่เคย ฉันเห็นด้วยเล็กน้อย น้อยวันมาก ค่อนข้างดี ไม่น่าเป็นไปได้	2	4
5. ไม่เคยเลย ฉันไม่เห็นด้วย ไม่เคยสักวัน ไม่ดีเลย เป็นไปได้น้อย	1	5

การแปลผล โดย คิดค่าคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์เป็นคะแนนรวมใน  
แต่ละด้านและคะแนนรวม โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

จัดระดับคะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมายดังนี้ ( Riley et al., 2006)

T-score ของคะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ น้อยกว่า 43 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ

T-score ของคะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 44-56 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

T-score ของคะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มากกว่า 57 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมาก

การคำนวณหา T-score ใช้สูตร

$$T\text{-score} = \left[ \left( \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma} \right) * 10 \right] + 50$$

โดย ค่า คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มมีค่าเท่ากับ 3.831

คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม มีค่าเท่ากับ .3144

คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคนนั้น

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ( Content Validity) ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของอาการ (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ของ (Goodman,2000) ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (CHIP-CE/PRF Child Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form) ของ Riley et al., 2006 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาหน้าเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดย เป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กจำนวน 4 คน โดยมีคุณสมบัติเป็น พยาบาลระดับชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ไม่น้อยกว่า 10 ปี เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงเด็กและวัยรุ่น 3 คน พยาบาลระดับชำนาญการ 1 คน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้การให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา ( content validity Index: CVI ) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งได้ค่าครั้งนี้ คือ .99, .99, .90 ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Polit and Beck, 2008)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ โดยยังคงความหมายของเครื่องมือที่เป็นต้นฉบับไว้ ทั้งนี้ มีการปรับปรุงข้อความที่ซ้ำซ้อน ปรับภาษาให้กระชับเข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา ปรับรูปแบบของเครื่องมือให้สะดวกต่อการใช้ โดยมีประเด็นการแก้ไขดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ปรับแก้ไขดังนี้

ข้อที่ 1 ปรับข้อความ จาก ลูกของฉันเป็นเด็กสนุกสนาน เป็น ลูก/หลานของคุณ รู้สึกสนุกสนานมาก

ข้อที่ 2 ปรับข้อความ จาก ลูกของฉันเป็นเด็กมีความสุขดี เป็น ลูก/หลานของคุณ รู้สึกมีความสุขดีมาก

ข้อที่ 7 ปรับข้อความ จาก ลูกของฉันชื่นชมตัวเองมาก เป็น ลูก/หลานของฉันชื่นชมตัวเอง

ข้อที่ 31 เพิ่มเติมข้อความ มีปัญหาในการเดินหนึ่งช่วงตึก คือระยะทางเท่าไร เพิ่ม (ประมาณ 200 เมตร)

ข้อที่ 32 เพิ่มเติมข้อความ มีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดทอดหนึ่ง คือกี่ชั้น (ประมาณ 14 ชั้น)

ข้อที่ 53 ลูกของคุณมีเพื่อนกี่คน เพิ่ม การระบุจำนวนคน

ข้อที่ 59 ปรับข้อความ จาก ละเมียดกฎเพื่อง่ายคล่อง เป็น ฝ่าฝืนกฎเพื่อง่ายคล่องว่าเขาจะรอดตัวหรือไม่

ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ที่ได้รับการปรับปรุง และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาหรือผู้ดูแลในเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .92, .90, .96 ตามลำดับ (ผลการคำนวณอยู่ในภาคผนวก)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กทรานครินทร์ และเมื่อจริยธรรมได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงประสานผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานและเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการค้นหากลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก เรียบร้อยระหว่างรอบัตรนัด เพื่อแนะนำตัวเอง แจกวัสดุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมทำการวิจัย เมื่อคุณสมบัติครบผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก พร้อมทั้งชี้แจง พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยก็จะอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกในการอ่านผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบอีกครั้ง
5. ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่ข้อ 3-4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนทั้งสิ้น 187 คน และนำข้อมูลที่ได้ออกมาคิดคะแนน เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 และ 4 มกราคม 2556 ตามลำดับ สำหรับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทรานครินทร์ ผู้วิจัยได้ใช้จริยธรรมของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเก็บข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 35-40 นาที และไม่ต้องระบุชื่อสกุลในแบบสอบถาม โดยข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอใน

ภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศผู้ให้ข้อมูล อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของลูก/หลานของคุณ เพศของเด็ก อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของเด็ก การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา นำมาวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน จำนวน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

3. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน จำนวน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน จำนวน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และกำหนดเกณฑ์สำหรับแปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ คือ (Burns & Grove, 2001)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.51$  ขึ้นไป แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.31 - 0.50$  แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.10 - 0.30$  แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น โดยผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่รับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ซึ่งได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 187 ฉบับ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความรุนแรงของอาการ และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวน (N=187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
แม่ผู้ให้กำเนิด	121	64.70
แม่เลี้ยง	5	2.70
คุณยายหรือคุณย่า	28	15.00
พ่อผู้ให้กำเนิด	31	16.60
คุณตาหรือคุณปู่	2	1.10
เพศผู้ให้ข้อมูล		
ชาย	32	17.10
หญิง	155	82.90
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 42.16$ , $SD = 8.81$ )		
20-30	19	10.20
31-40	73	39.00
41-50	63	33.70
51-60	32	17.10
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว		
ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย	168	89.8
ประวัติเจ็บป่วยทางจิต	19	10.20

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 64.70 รองลงมาคือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 16.60 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.90 เป็นเพศชาย ร้อยละ 17.10 ซึ่งมีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.70 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่มี ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 89.8 และมีประวัติเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 10.20

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้น จำแนกเด็กตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาของเด็ก การอยู่ร่วมกันของบิดามารดา จำนวน (N=187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก		
ชาย	154	82.40
หญิง	33	17.60
อายุของเด็ก ( $\bar{X} = 8.71$ , $SD = 1.64$ )		
6 ปี	24	12.80
7 ปี	23	12.30
8 ปี	39	20.90
9 ปี	32	17.10
10 ปี	36	19.30
11 ปี	33	17.60
ระดับการศึกษาของเด็ก		
อนุบาล 1-อนุบาล 3	24	12.90
ประถมศึกษา ปีที่ 1-ประถมศึกษาปีที่ 3	93	49.70
ประถมศึกษา ปีที่ 4-ประถมศึกษาปีที่ 6	68	36.30
มัธยมศึกษา ปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 3	2	1.10
การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	143	76.50
บิดามารดาแยกกันอยู่	44	23.50

จากตารางที่ 4 พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.4 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 17.6 ซึ่ง มีอายุ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.9 รองลงมา มีอายุ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.3 ระดับการศึกษาของเด็ก ส่วนใหญ่ เรียนอยู่ชั้น ประถมศึกษา 1-ประถมศึกษา 3 คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมา คือ ประถมศึกษา 4-ประถมศึกษา 6 คิดเป็นร้อยละ 36.3 การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา พบว่า บิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 76.5 และ บิดามารดาแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 23.5



ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความรุนแรงของอาการ และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น  
 ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับของคุณภาพ  
 ชีวิตด้านสุขภาพ (N=187)

ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	$\bar{X} = 291.16$	SD=23.89	ดี
ต่ำ	46	24.60	
ดี	92	49.20	
ดีมาก	49	26.20	
ด้านความพึงพอใจ	$\bar{X} = 42.23$	SD = 5.81	ดี
ต่ำ	44	23.50	
ดี	97	51.90	
ดีมาก	46	24.60	
ด้านความสบาย	$\bar{X} = 91.59$	SD = 8.76	ดี
ต่ำ	53	28.30	
ดี	81	43.30	
ดีมาก	53	28.30	
ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ	$\bar{X} = 68.49$	SD = 7.50	ดี
ต่ำ	42	22.50	
ดี	96	51.30	
ดีมาก	49	26.20	
ด้านการหลีกเลี่ยงความเครียด	$\bar{X} = 55.93$	SD = 6.87	ดี
ต่ำ	44	23.50	
ดี	88	47.10	
ดีมาก	55	29.40	
ด้านความสำเร็จ	$\bar{X} = 32.75$	SD = 5.64	ดี
ต่ำ	38	20.30	
ดี	100	53.50	
ดีมาก	49	26.20	

จากตารางที่ 5 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมา คือ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 26.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.59 รองลงมา คือ ด้าน ความสามารถในการฟื้นกลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.49 ส่วนด้านความสำเร็จมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 รองลงมา คือ ด้านความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 ซึ่งแต่ละด้านมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการ จำแนกตาม ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ และความรุนแรงของอาการชุกชน-อาการหุนหันพลันแล่น (N=187)

ความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ความรุนแรงของอาการ โดยรวม	$\bar{X} = 28.25$	SD=10.50	ปานกลาง
ระดับต่ำ	34	18.20	
ระดับปานกลาง	113	60.40	
ระดับสูง	40	21.40	
อาการขาดสมาธิ	$\bar{X} = 14.54$	SD = 5.52	ปานกลาง
ระดับต่ำ	39	20.90	
ระดับปานกลาง	99	52.90	
ระดับสูง	49	26.20	
อาการชุกชน-อาการหุนหันพลันแล่น	$\bar{X} = 13.71$	SD = 6.02	ปานกลาง
ระดับต่ำ	55	29.40	
ระดับปานกลาง	94	50.30	
ระดับสูง	38	20.30	

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับความรุนแรงโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.40 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 21.40 ด้านที่มีความรุนแรงมากที่สุด คือ อาการขาดสมาธิ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.54 รองลงมา คือ อาการชุกชน-อาการหุนหันพลันแล่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.71 พบความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ อยู่ในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 52.90 รองลงมา คือ อาการชุกชน-อาการหุนหันพลันแล่น อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.30

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม จำแนกตามระดับของปัญหา (N=187)

ความรุนแรงของอาการ		จำนวน	ร้อยละ	ระดับ
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม	$\bar{X} = 21.98$	SD = 5.16		เสี่ยง
ปกติ		53	28.3	
เสี่ยง		133	71.1	
มีปัญหา		1	0.5	
ด้านความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	$\bar{X} = 3.62$	SD = 1.82		มีปัญหา
ปกติ		59	31.6	
เสี่ยง		40	21.4	
มีปัญหา		88	47.1	
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	$\bar{X} = 7.02$	SD = 2.44		ปกติ
ปกติ		144	77	
เสี่ยง		16	8.6	
มีปัญหา		27	14.4	

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับพฤติกรรมโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมา คือ ระดับ ปกติ คิดเป็นร้อยละ 28.3 ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น รายด้าน ด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 47.1 และปัญหารองลงมา คือ ปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านที่มีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 14.4

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
ของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา  
มารดา และประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต ในครอบครัว กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น  
(N=187)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	.062	.399	ไม่สัมพันธ์
อายุ	.610	.409	ไม่สัมพันธ์
การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา	.122	.097	ไม่สัมพันธ์
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว	.019	.793	ไม่สัมพันธ์

\*\* p < .01

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน</b>			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.270	.000	ต่ำ
ด้านความพึงพอใจ	-.101	.169	ไม่สัมพันธ์
ด้านความสุขสบาย	-.167	.023	ไม่สัมพันธ์
ด้านความสามารถในการฟื้นฟูกลับ	-.131	.074	ไม่สัมพันธ์
ด้านการหลีกเลี่ยงความเสียหาย	-.146	.047	ไม่สัมพันธ์
ด้านความสำเร็จ	-.429	.000	ปานกลาง
<b>ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม</b>			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.507	.000	ปานกลาง
ด้านความพึงพอใจ	-.341	.000	ปานกลาง
ด้านความสุขสบาย	-.314	.000	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการฟื้นฟูกลับ	-.407	.000	ปานกลาง
ด้านการหลีกเลี่ยงความเสียหาย	-.339	.000	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จ	-.354	.000	ปานกลาง
<b>ความรุนแรงของอาการ</b>			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.398	.000	ปานกลาง
ความพึงพอใจ	-.121	.099	ไม่สัมพันธ์
ด้านความสุขสบาย	-.256	.000	ต่ำ
ด้านความสามารถในการฟื้นฟูกลับ	-.177	.015	ไม่สัมพันธ์
ด้านการหลีกเลี่ยงความเสียหาย	-.455	.000	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จ	-.373	.000	ปานกลาง

\*\* p < .01

จากตารางที่ 8-9 พบว่า

1. ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = -.507, -.398$ ) และ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ( $r = -.270$ )

2. เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา -มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

#### วัตถุประสงค์ การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-11 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease/ICD 10 ว่าเป็น โรคสมาธิสั้น ที่มารับการบริการรับที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-11 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria ) ให้ครบตามจำนวน ในช่วงระหว่างวันที่ 7 มกราคม-1 กุมภาพันธ์ 2556

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ บิดามารดาหรือผู้ดูแล เด็กสมาธิสั้น ที่ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะข้อคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก และคำถามปลายเปิด มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของอาการ SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire ) SNAP-IV (Short Form)** แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ลักษณะอาการที่พบได้ในเด็กสมาธิสั้น โดยแยกเป็น ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ความรุนแรงของอาการซุกซน ความรุนแรงของอาการหุนหันพลันแล่น ที่สร้างขึ้นโดย Swanson and et al., (2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2552 โดย (ฉัตร พิชรัตน์เสถียร, 2552) ประกอบด้วยข้อคำถามความรุนแรงของอาการ โดยแบ่งเป็นความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ 9 ข้อ และความรุนแรงของอาการซุกซน/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ

### **ส่วน 3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)**

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ( The Strengths and Difficulties Questionnaire :SDQ) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นพัฒนาโดย Robert Goodman มีการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดย มาโนช หล่อตระกูล และพรรณพิมล หล่อตระกูล (2543) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี ฉบับที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็ก จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็น กลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม แต่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนของ สัมพันธภาพกับเพื่อน และสัมพันธภาพทางสังคม มีจำนวน 10 ข้อ

### **ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (CHIP-CE/PRF Child Health and Illness Profile – Child Edition/Parent Report Form) (Riley et al., 2006)**

ฉบับแปลเป็นภาษาไทย เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กอายุ 6-11 ปี สำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 76 ข้อ มี 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้าน ความพึงพอใจ 11 ข้อ ด้านความสุขสบาย 22 ข้อ ด้านความสามารถ



ในการฟื้นกลับ 19 ข้อ ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 14 ข้อ ด้านความสำเร็จ 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือ พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คนและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กจำนวน 4 คน โดยมีคุณสมบัติเป็น พยาบาลระดับชำนาญการ/ชำนาญการพิเศษผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ไม่น้อยกว่า 10 ปี เป็นพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 3 คน พยาบาลระดับชำนาญการ 1 คน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ความเห็นชอบก่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมากของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ใน 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของอาการ ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้ คือ .99, .99, .90 ดังนั้น ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ โดยได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ตัดข้อความที่ซ้ำซ้อน ปรับภาษาให้กระชับและเข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กราชนครินทร์จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach,s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .92, .90, .96 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์และสถาบันสุขภาพจิตเด็กกรานครินทร์ และเมื่อจริยธรรมได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงประสานผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานและเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการค้นหากลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เรียบร้อยแล้วระหว่างรอบัตรนัด เพื่อแนะนำตัวเอง แจกแจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เพื่อเข้าร่วมทำการวิจัย เมื่อคุณสมบัติครบผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โคนคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก พร้อมทั้งชี้แจง พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยก็จะอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม จากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกในการอ่านผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบอีกครั้ง

5. ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่ข้อ 3-4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนทั้งสิ้น 187 คน และนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์ต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศผู้ให้ข้อมูล อายุ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของลูก/หลานของคุณ เพศของเด็ก อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของเด็ก การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา นำมาวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ

2. แบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ โดยนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์รายด้าน คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

3. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน จำนวน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน จำนวน หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 64.70 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.90 เป็นเพศ ซึ่งมีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 10.20 ความรุนแรงของอาการ จาก 187 คน ความรุนแรงของอาการ ขาดสมาธิ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.90 และความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.20 ความรุนแรงของอาการซุกซน-อาการหุนหันพลันแล่นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.30 และความรุนแรงของอาการซุกซน-อาการหุนหันพลันแล่น ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.30 ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.98 (SD = 5.16) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรมรายด้าน ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (SD = 1.82) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.02 (SD = 2.44) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77

2. ในการศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 291.16 (SD = 23.89) ด้านความสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 91.59 (SD = 8.76) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.30 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสามารถในการฟื้นกลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.49 (SD = 7.50) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.30 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.93 (SD = 6.87) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.10 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 (SD = 5.81) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.90 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 (SD = 5.64) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.50

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดาและมารดา ประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต ในครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น พบว่า

3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ ทางลบในระดับต่ำ กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.270, p\text{-value} = .000$ )

3.6 ปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับ ปานกลาง กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.507, p\text{-value} = .000$ )

3.7 ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.398, p\text{-value} = .000$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

### คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 291.16 (SD = 23.89) ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กที่อยู่ในระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีในระดับหนึ่ง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 91.59 (SD = 8.76) ทั้งนี้เนื่องจาก บิดา – มารดาของเด็กสมาธิสั้น มองว่าเด็กมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีพลังมากมายในการทำกิจกรรม โดยเฉพาะในเรื่องของการเล่น ชุกชนตาม ลักษณะอาการที่พบเห็นโดยส่วนใหญ่ เด็กจะ มีความสุขมากในการเล่นหรือการทำกิจกรรมต่างๆที่

ไม่ได้อยู่ในกฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือภายใต้เงื่อนไขข้อกำหนด ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กกลุ่มนี้ คือ เด็กก็จะทำอะไรตามใจตัวเองเป็นส่วนใหญ่ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำอะไรไม่เป็นระเบียบ ชอบที่จะเล่นกับเพื่อนแต่ไม่เคารพกฎและกติกาที่วางไว้ ( DuPaul et al ., 2001) จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมากมายของเด็ก จึงทำให้บิดา-มารดาประเมินว่าเด็กเหล่านี้มีความสุขสบายร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ดี

1.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสามารถในการฟื้นกลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.49 (SD = 7.50) จากการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มนี้อยู่ร่วมกันกับบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้มีช่วงเวลาที่เด็กมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน มีการพูดคุยถึงเหตุการณ์ระหว่างวันที่เด็กไปโรงเรียน รวมทั้งมีการรับฟังความคิดเห็นระหว่างเด็กและบิดามารดา แต่ในเด็กสมาธิสั้นเมื่อเด็กเกิดปัญหาจากการเล่นกับเพื่อน ตัวเด็กเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เอง เนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัวรวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (Alessandri, 1992) การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้เด็กได้พัฒนาทักษะต่างๆ และช่วยให้เด็กมีความสามารถในฟื้นกลับที่ดี

1.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.93 (SD = 6.87) ซึ่งอยู่ในระดับดี โดยจะเห็นได้ว่า แม่เด็กจะมีอาการ หุนหันพลันแล่น ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงรูปแบบต่างๆ เช่น การเล่นที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมก้าวร้าวเกร เนื่องจากขาดการยั้งคิด นึกอยากจะทำอะไรก็ทำทันที โดยไม่ได้นึกถึงผลที่จะติดตามมา (Connor et al., 2003) แต่อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การได้รับการรักษาด้วยยาจะสามารถควบคุมอาการของเด็กได้ดีในระดับหนึ่ง อาการต่างๆ ของเด็กจึงสงบลง จึงเป็นไปได้ที่บิดา-มารดาของเด็กเหล่านี้จะเห็นว่าเด็กสามารถหลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงได้ในระดับดี

1.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 (SD = 5.81) พบว่า เด็กสมาธิสั้นมักมองเห็นแต่ข้อเสียของตนเอง เนื่องจากถูกดูถูกว่า ถูกตำหนิ ถูกลงโทษ จากทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ซึ่งทำให้เด็กขาดความภาคภูมิใจตนเอง ( Escobar et al., 2005) ขาดแรงจูงใจในการทำความคิด ขาดแรงจูงใจในการเรียน ผลการเรียนที่ไม่ดีทำให้เด็กขาดความมั่นใจในตนเอง เรียนไม่สนุก ไม่รู้เรื่อง เบื่อเรียน เด็กสมาธิสั้นมักมองไม่เห็นข้อดีของตัวเอง เช่น

การใช้พลังที่มีในตัวเองนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานช่วยเหลือส่วนรวม และในที่สุดได้รับคำชมจากครู ได้การยกย่องยอมรับจากเพื่อนๆ แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินโดยกลุ่มบิดา-มารดา ซึ่งอาจมีมุมมองที่แตกต่าง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงอาจผ่านพ้นระยะที่เด็กสมาธิสั้นมีอาการก้าวร้าว รุนแรงต่างๆ มาแล้ว เป็นไปได้ที่บิดา-มารดาจะเห็นว่าเด็กเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความพึงพอใจ

1.5 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 (SD = 5.64) พบว่า ปัญหาใหญ่ของเด็กสมาธิสั้น คือปัญหาการเรียน เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษามักมีผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของสมอง ทั้งนี้เนื่องจากอาการสมาธิสั้นทำให้จดจ่อการเรียนหรือการทำงานได้ไม่นาน ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง เมื่อเรียนไม่รู้เรื่องจะขาดแรงจูงใจ เบื่อเรียน ในการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเรียนหนังสือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และเหมาะสมกับระดับอายุของเด็ก จึงทำให้บิดา - มารดาประเมินว่าเด็กประสบความสำเร็จต่างๆ ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยอยู่ด้วย จึงประเมินคุณภาพชีวิตด้านความสำเร็จอยู่ในระดับดี

#### **ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น**

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นได้แก่ ปัจจัยทางคลินิก ซึ่งสามารถอภิปรายความสัมพันธ์ดังนี้

**ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน** มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นที่ระดับ .01 ( $r = -.270, p\text{-value} = .000$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านความสำเร็จ ที่ระดับ .01 ( $r = -.429, p\text{-value} = .000$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Connor et al. (2003) ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาในการควบคุมตนเอง เพราะไม่สามารถที่จะบังคับตัวเองได้ทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงขณะเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและในที่สุดก็จะถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ Becker et al. (2006) ในเด็กสมาธิสั้น พบปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 47.1 อภิปรายว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสำเร็จ ทั้งเรื่องการเรียนรู้ และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ ไม่สามารถเข้ากันกับเพื่อนได้ ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม เนื่องจาก

เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเกรี้ยว ไม่เคารพกฎและกติกาของกลุ่มไม่ว่าจะเป็นการเล่น หรือการเรียน ทำให้เด็กไม่สนใจ และไม่ตั้งใจที่จะเรียนส่งผลให้การเรียนตกต่ำ ในการพยาบาลในเด็กกลุ่มนี้ คือ ให้ความรู้กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองให้เข้าใจในเรื่องการฝึกเด็กให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี จำได้ดี ทำได้ โดยฝึกให้เด็กสมาธิสั้นรักการอ่าน เริ่มต้นจากการที่พ่อแม่พยายามสนับสนุนให้เด็กอ่านหนังสือใดก็ได้ ให้สนุกสนานเพลิดเพลิน ต่อไปจึงค่อยเสนอแนะให้เด็กอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับความรู้หรือการเรียน แนะนำให้รู้จักการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตัวเอง พ่อแม่อาจจัดตารางเวลาเพื่อให้เด็กมีโอกาสฝึกทักษะต่างๆ ทั้งการอ่าน คิด คำนวน วันละ 15-30 นาที แต่ให้ได้ทุกวัน ส่วนปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนนั้น ในการพยาบาล คือ การให้ความรู้กับบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ในการให้เด็กรู้จักการควบคุมตนเอง โดยบางครั้งต้องอาศัยผู้ใหญ่อยู่ด้วยในขณะที่เด็กเล่นกัน แล้วคอยกำกับให้เด็กเล่นกันดีๆ อยู่ในกติกาได้ บางครั้งอาจสอนเด็กให้มีเกมไปเล่นกับเพื่อนสนุกๆ สอนให้เด็กรู้จักการให้และการรับ มีการพูดจาไพเราะ มีการช่วยเหลือเพื่อนตามสมควร ให้เด็กเล่นกับเพื่อนในเกมง่ายๆ ที่เขาชอบ สนุก และไม่ต้องรอคอยนาน เพื่อเด็กจะได้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูก (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

**ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.507, p\text{-value} = .000$ ) และ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านด้านความพึงพอใจ ด้านความสุขสบาย ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ด้านความสำเร็จ ทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.341, -.314, -.407, -.339, -.354$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neale (2001) พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มี Conduct disorder ร่วมด้วยมีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกแบบอันธพาล และสอดคล้องกับการวิจัยของ Becker et al. (2006) ในเด็กสมาธิสั้น พบปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสามารถในการฟื้นกลับ กับความเสี่ยง อภิปรายว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมพฤติกรรมทางสังคมสูง จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นปานกลาง ในทุกด้าน เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลาย ๆ ด้าน หรือการไม่เคารพกฎกติกาของสังคม ทำให้บิดามารดาที่มีความยากลำบากในการดูแลและอาจใช้วิธีการดุด่า ลงโทษหรือจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นผลทำให้เด็กมีการปรับตัวได้ลำบากและอาจมีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์อื่น ๆ ตามมา รวมทั้งพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเล็กน้อยๆ ในวัยเด็กนั้นถือเป็นสัญญาณเตือนว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นในการที่จะเกิดพฤติกรรม antisocial ในเวลาต่อมา

**ความรุนแรงของอาการ** มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ . 01 ( $r = -.398$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านการหลีกเลี่ยงด้านความสำเร็จ ทางสถิติที่ระดับ . 01 ( $r = -.455$ ,  $-.373$  ,  $p\text{-value} = .000$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านการหลีกเลี่ยงด้านความสำเร็จ ทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.256$ ,  $p\text{-value} = .000$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Klassen et al., (2004) ความรุนแรงของเด็กสมาธิสั้นพบว่าเด็กที่ขาดสมาธิมากนั้นจะมีผลต่อด้านร่างกายที่ต้องมีการเคลื่อนไหวตัวเองตลอดเวลาจนถึงที่ตามมาจะพบการบาดเจ็บด้านร่างกายรวมถึงภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็ก และยังพบว่าอาการที่รุนแรงในเด็กสมาธิสั้น เช่น มีอาการขาดสมาธิ เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ส่งผลถึงด้านการเรียน การเข้าสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น มักมีอาการดังกล่าวร่วมกันและจากการวิจัยลักษณะอาการรุนแรง และมีอาการดังกล่าวข้างต้นร่วมกันมากกว่า 2 อาการ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ พบว่าเด็กสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าร้อยละ 68 ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย อีกทั้งยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ และปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน ความรุนแรงของอาการดังกล่าว ที่เด็กเองไม่สามารถควบคุมได้นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Preuss et al. (2006) พบว่าความรุนแรงของอาการโดยรวม ทั้งอาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น และอาการซุกซนสูง จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

**เพศ** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิ สั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Novik et al. (2006) ที่ศึกษาเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-18 ปี พบว่าความแตกต่างของเพศหญิงและชาย คะแนนในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่รายด้านพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ด้านความพึงพอใจ และด้านความสุขสบายเพศหญิง น้อยกว่าเพศชาย ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้าน การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย จึงอภิปรายว่า ความแตกต่างของเพศที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้น ไม่มีความแตกต่างที่เด่นชัด ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ปัญหาที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่บิดามารดานำมาพบแพทย์นั้น เป็นปัญหาในเรื่องของพฤติกรรม ที่รบกวนทั้งการเรียนและการดำรงชีวิตของเด็ก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

**อายุ** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษา เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6-11 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.71 (SD = 1.64) ซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาของ Basen et al. (1996) พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในช่วงวัยเรียน 6-11 ปี มักพบปัญหาในเรื่องพฤติกรรมซุกซน และหุนหันพลันแล่น การทำกิจกรรมต่างๆรวมทั้งพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้นั้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จึงอภิปรายว่าเด็กสมาธิสั้นที่เริ่มมีอาการที่เด่นชัด มักพบในเด็กวัยเรียน จากขาดสมาธิในการเรียน ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง ทำให้รบกวนเพื่อนในห้อง และครู ทำให้ครูต้องรายงานพฤติกรรมในเด็กวัยนี้ให้บิดามารดาได้รับทราบถึงปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

**การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ว่าการอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ บิดามารดาอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 76.5 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Elli et al. (2008) จึงอภิปรายว่าเด็กสมาธิสั้นที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน บิดามารดาช่วยเหลือเด็กด้วยความเข้าใจรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้เด็กรับรู้ถึงความปลอดภัย ความผูกพันในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็กที่ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวรวมทั้งการอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดา การช่วยเหลือเด็กด้วยความเข้าใจรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และการอยู่ร่วมกันของบิดาและมารดานั้นจะช่วยกันเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักและเอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด จะทำให้เด็กรู้สึกถึงความอบอุ่นและปลอดภัย แต่ด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนั้นพบว่า บิดามารดา มีความเครียดจากการทำมาหากินจนไม่มีเวลาปรึกษาหารือ หรือช่วยกันเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งพบได้จากช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล บิดา หรือมารดา พาเด็กมาโรงพยาบาลแต่เพียงผู้เดียว บางครั้งเป็นปู่ย่า ตายาย เป็นผู้พาเด็กมา เนื่องจาก บิดามารดา เด็กต้องทำงาน จะกลับมาเจอกันช่วงเย็น ซึ่งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ที่จะได้อยู่ด้วยกัน ดังนั้นการอยู่ร่วมกันของบิดามารดา หรือไม่อยู่ร่วมกันของบิดามารดา ก็ไม่แตกต่างกัน

**ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว** ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ว่าประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ไม่สอดคล้องกับ Anastopoulos et al. (1992) ที่พบว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่พ่อแม่มีภาวะเครียดมากในการเลี้ยงดูในเด็กสมาธิสั้น ทำให้พึ่งพาสุรา และมีปัญหาครอบครัวตามมารวมทั้งภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจาก มารดา ที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้การตัดสินใจที่ไม่ดีรวมถึงมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวที่ในเด็กสมาธิสั้น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Olsson et al. (2003) ที่พบว่า มารดาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จึงอภิปรายว่า ในประเทศ

ไทยผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต มักจะได้รับการยกเว้นจากการทำบทบาทในการเลี้ยงดู จึงอยู่ในความรับผิดชอบของบิดา หรือมารดาที่ไม่เจ็บป่วยอีกคน ในครอบครัวคนไทย อยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวขยาย มี ปู่ย่า ตายาย ที่ช่วยกันเลี้ยงดู หรือมีผู้ช่วยดูแลจึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างจากต่างประเทศ ดังนั้นการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นความสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่เด็กจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนความรุนแรงของอาการมากน้อยนั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน แต่สิ่งที่สำคัญ คือ การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักและเข้าใจ จากบิดามารดาหรือผู้ปกครองก็เป็นที่ต้องตระหนักและเข้าใจถึงแนวทางการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ต้องดูแลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินเด็ก ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อการพยาบาลอย่างครอบคลุม และใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยให้การดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่จะมีผลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กตามวัย

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นในด้านความสำเร็จอยู่ในระดับต่ำซึ่งหมายถึงความสำเร็จด้านการเรียนและสัมพันธ์กับเพื่อนที่มักพบปัญหาในเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ในการใช้ psychosocial intervention เป็นการให้คำปรึกษา รวมถึงการให้ psychoeducation ทั้งตัวเด็กและ และบิดามารดาหรือผู้ดูแลรวมทั้งครู
2. จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนอยู่ในระดับมีปัญหา ส่วนปัญหาพฤติกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เพียงพอในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเด็กจะได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข
3. จากผลการวิจัย พบว่า อาการความรุนแรงของอาการขาดสมาธิอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญของการประเมิน อาการ และให้ความรู้คำแนะนำ กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำผลการวิจัย โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ ไปศึกษาในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

2. ควรมีการนำผลการวิจัย ไปพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามการดูแลและค้นหาเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นในชุมชน รวมทั้งสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. 2554. กรอบทิศทางกรพัฒนางานสุขภาพจิตและ แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554).

กรุงเทพฯ: บริษัท ละคร่อม จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. 2554. กรอบทิศทางกรพัฒนางานสุขภาพจิตและ แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559).

กรุงเทพฯ: บริษัท ละคร่อม จำกัด.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553. สถิติสำหรั้งานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2544. การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริม

สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric Nursing หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. 2550. คู่มือการรักษาโรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : ชมรม

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ราชวิทาลัยจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย.

ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. 2550. เพื่อนแม่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ

ช่อทิพย์ พันธุ์แก้ว. 2550. สมาธิเด็กสู่ความเป็นอัจฉริยะ: The Power of Concentration Way to the Genius Kid. กรุงเทพฯ: ต้นธรรม

นางพงา ลิ้มสุวรรณ. 2547. โรคสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์.

นิชรา เรื่องคารากานต์และคณะ. 2551. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิง.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. 2550. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2552. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทาลัยมหิดล.

มาโนช อภรณ์สุวรรณ. 2550. โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก. กรุงเทพฯ : รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป.

- ลำเจียก กำธรและคณะ. 2550. ความผูกพันในครอบครัวความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร. 34(1) : 88-100.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน . 2550. จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
- วริศรา จุ้ยนาคอน. 2553. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียน ระดับช่วงชั้นที่ 1 ที่มีภาวะสมาธิสั้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุวรี ศิวะแพทย . 2550. โรงเรียนและบ้าน ฐานการช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น .วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ฉบับที่ 2-3 (เมษายน-กันยายน 2550) .
- สุวรรณณี พุทธิศรี . 2552. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อลิสรา วัชรสินธุ์. 2546. จิตเวชเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2545. ช่วยลูกออกทีสติ. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2546. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ(ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.

### ภาษาอังกฤษ

- American Academy of Pediatrics, . 2000. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit /hyperactivity disorder. Pediatrics.
- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4<sup>th</sup>ed. Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Alessandri SM. 1992. Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. J Abnorm Child Psychol; 20:289-302
- Anastopoulos AD.and et al. 1992. J Abnom Child Psychol. Department of Psychiatry : University of Massachusetts Medical Center.

- Barkley, R. A. 1990. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment. Guilford Press, New York.
- Barkley, R. A. 1998. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook of Diagnosis and Treatment, 2nd ed., Guilford Press, New York.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. 1991. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. J Child Psychol Psychiatry. 32(2):233–255.
- Basen-Engquist K, Edmundson EW, Parcel GS. 1996. Structure of health risk behavior among high school students. J Consult Clin Psychol. 64: 764–775.
- Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A. 2004. Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. Eur Child Adolesc Psychiatry 1 (Suppl 2):11–16
- Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Döpfner M, Rothenberger A and the ADORE study group. 2006. Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. Eur Child Adolescence Psychiatry 15(Suppl 1):56–62
- Bergner, M. 1989. Quality of life, health status, and clinical research. Medical Care, 27: S148±S156,
- Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW. 2005. Costs of attention deficit-hyperactivity disorder in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. Curr Med Res Opin. 21:195-205
- Burns, N., & Grove, S.K. 2001. The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization. 4TH ed.. New York : W.B. Saunders.
- Pityratsatian N, Buranasuksakul T. 2008. Validity and reliability of the Thai version of Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV). Bangkok: Chulalongkorn Hospital
- Coghill D, Spiel G, Baldursson G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Rothenberger A and the ADORE study group. 2006. Which factors impact on clinician-rated impairment in children with ADHD? Eur Child Adolesc Psychiatry 15(Suppl 1):30–37

- Collett, B.R., O'HAN, J.L. and Myers . 2003. Ten-Year Review of Rating Scales. V : Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1015-1037
- Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. 2003. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 42:193-200.
- Cunningham CE, Boyle MH. 2002. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. J Abnorm Child Psychol. 30:555-69
- David, A. and Er, ic, J. 2006. Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. New York : The Guilford Press
- Denham, S.A. 2002. Family routines: a structural perspective for viewing family health. Advanced in Nursing Science. 24(4): 60-74.
- Dillman D.A. 2000. Mail and Internet Surveys: The Tailored Desing Method. Newyork : John Wiley and Sons.
- Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ. 1999. Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. Lancet;354: 2132--33.
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. 2001. Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40:508-515
- Eiser, C., & Morse, R. 2001. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. Archives of Disease in Childhood. 84, 205–211.
- Ellis B, Nigg J. 2008. Parenting practices and attention-deficit/ hyperactivity disorder: new indings suggest partial specificity of effects. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
- Erikson, E.H. 1968. Identity: Youth and Crisis. New York: Norton.
- Erikson, E.H. 1963. Childhood and Society. (2nd ed.). New York: Norton
- Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. 2005. Worse quality of life for children with newly diagnosed attentiondeficit/ hyperactivity disorder,

- compared with asthmatic and healthy children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry .116: e364–e369
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE. 2005. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry.57:1313-1323.
- Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. 1995. Multiattribute health-status classification systems: health utilities index. Pharmacoeconomics.7:490–502
- Goodman R. and et al. 2000. Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric distress in a community sample. British Journal of Psychiatry. 177 : 534-539.
- Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P .2001. Validity of DSM-IVADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry .40:1410–1417
- Hanucharurnkul S.1989. Predictor of self-care in cancer patients receiving radiotherapy. Cancer Nursing. Vol 12. No 1, February. 21-7
- Harpin , VA. 2005. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child; 90 (Suppl 1):i2-7
- Hechtman L .2000. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 9:481–498
- Johnston C, Mash EJ. 2001. Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol. Rev; 4:183-207.
- Joseph Biederman, M.D, Eric Mick, Sc.D, Stephen V. Faraone, Ph.D, Ellen Braaten, Ph.D, Alysa Doyle, Ph.D, Thomas Spencer, M.D, Timothy E. Wilens, M.D, Elizabeth Frazier, B.A, Mary Ann Johnson, R.N. 2002. Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic; 159:36–42
- Klassen AF. 2004. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics
- Krain AL, Castellanos FX. 2006. Brain development and ADHD. Clinical Psychology Review;26: 433–444



- Leadbeater BJ, Kuperminc GP, Blatt SJ, Herzog C. 1999. A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. Dev Psychol 35:1268–1282
- Leidy NK. 1994. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. Nurs Res.43:196–202.
- Matza LS, Rentz AM, Secnik K, Swensen AR, Revicki DA, Michelson D, Spencer T, Newcorn JH, Kratochvil CJ. 2004. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Devel Behavior Pediatric .25:166–174
- Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. 2002. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41:378-385.
- Mogotsi M, Kaminer D, Stein DJ. 2000. Quality of life in the anxiety disorders. Harv Rev Psychiatry 8:273–282.
- Nigg JT, Nikolas M, Mark Knottnerus G, Cavanagh K, Friderici K. 2010. Confirmation and extension of association of blood lead with attention-deficit/hyperactivity disorder .
- Nøvik TS, Hervas A, Ralston SJ, Dalsgaard S, Pereira RR, Lorenzo MJ and the ADORE study group. 2006. Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe ADORE. Eur Child Adolesc Psychiatry 15(Suppl 1): 15–24
- Offord DR, Kracmer HC, Kazdin AR. 1998. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trad-offs among clinical, targeted, and universal intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37:686-694
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Alan Pincus, H. & Weissman, M. M. 2003. Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. Medical Care, 41, 716–721.
- Patrick DL, Bergner M. 1990. Measurement of health status in the 1990s. Annu Rev Public Health 1990;11:165–83.
- Pliszka SR. 2000. Patterns of psychiatric comorbidity with attention deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.;9:520-540.
- Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. 2007. The Worldwide

- Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. Am J Psychiatry.164:942–948.
- Pongwilairat K,Louthrenoo O, Charnsil C, Witoonchart C. 2005. Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorder. Journal Med assoc Thai Vol.88 No.8
- Preuss U, Ralston SJ, Baldursson G, Falissard B, Lorenzo MJ, Pereira RR, Vlasveld L, Coghill D and the ADORE study group. 2006. Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study. Eur Child Adolesc Psychiatry 15(Suppl 1): 4–14
- Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, Rothman M .2000. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. Qual Life Res .9:887–900
- Riley AW, Forrest C, Starfield B, Rebok G, Green B, Robertson J. Baltimore, MD. 2001. Child Health and Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE). The Johns Hopkins University.
- Riley AW, Forrest CB, Rebok GW, Starfield B, Green BF, Robertson JA, Friello P. 2004. The Child Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. Medical Care ; 42(3): 221-231.
- Riley AW, Forrest CB, Starfield B, Rebok G, Robertson JA, Green BF . 2004. The parent report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. Med Care 42:210– 220
- Riley AW, Spiel G, Coghill D, Dopfner M, Falissard B, Lorenzo MJ, Preuss U, Ralston SJ . 2006. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. Eur.Child Adolesc.Psychiatry .15(Suppl 1):i38–i45
- Riley AW, Coghill D, Forrest CB, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Spiel G . 2006. ADORE Study Group. Validity of the health-related quality of life assessment in The ADORE study: Parent Report Form of the CHIP-Child Edition. European Child and Adolescent Psychiatry; 15.(Suppl):i63-i71
- Riley AW,Chan KS,Poole Lynne. 2006. A global measure of child health-related quality of life: reliability and validity of the Child Health and Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE) global score .The Johns Hopkins University.

- Rushton, J., Bruckman, D., & Kelleher, K. 2002. Primary care referral of children with psychosocial problems. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156(6), 592
- Sayal KS, Taylor EA .2003. Heterogeneity and comorbidity in hyperactivity disorders. Medscape General Medicine. Available at: <http://www.medscape.com/viewprogram/2345>. Accessed 24 February 2006
- Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM.1996. Quality of life studies: definitions and conceptual frameworks. In: Spilker B, ed. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, 2nd edn. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers,
- Schmeck K, Poustka F, Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. 1997. Quality of life and child psychiatric disorders. In: Quality of Life in Mental Disorders. Chichester, England: Wiley, pp 179–191
- Sowell ER, Thompson PM, Welcome SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. 2003. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyper activity disorder. Lancet;362:1699-1707.
- Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de- Gruy FVIII, Brody D, Davies M .1995. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA 274:1511–1517
- Steven, J., Quittner, A.L. and Abikoff H. 1998. Factor influenceing elementary school teacher rating of ADHD and ODD behavior. J. Am Acad Child Psychol. 27: 406 – 414
- Swanson, J.M., Kraemer, H.C. and Hinshaw, S.P. 2001. Clinical relevance of the primary finding of the MTA : success rates based on severity of ADHD and ODD symptom at the end of the treatment. . J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40 : 168 - 179.
- Testa MA, Simonson DC. 1996. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med;334:835
- The Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance.2008. Canadian ADHD Practice Guidelines .
- Varni JW, Burwinkle TM. 2004. The PedsQL as a patient reported outcome in children and adolescents with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. Health Qual Life Outcomes 4:26
- Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. 2001. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. J Clin Psychol 57:571–585

- World Health Organisation. 1994. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders
- Wilens TE. 2004. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. Psychiatr Clin North Am . 27;283–301
- Wilson IB, Cleary PD. 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life. JAMA 1995;59–65

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### ชื่อ-สกุล ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ

แพทย์ชำนาญการพิเศษเด็กและวัยรุ่น

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

นางพรทิพย์ วชิรดิถก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

นางสุภาวดี ชุ่มจิตร

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาท

ไวทโยปถัมภ์

นางสาววิมล เนติวิชรกุล

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาท

ไวทโยปถัมภ์

นางขิ้ม สกุลนุ่ม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (รพ.เด็ก)

ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ  
หนังสือขอทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล



ที่ ศธ 0512.11/099๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบนำเสนอบรรณสารประกอบโครงการวิจัยหรือเพื่อขอเก็บข้อมูล 7 ชุด
  2. โครงร่างการวิจัย พร้อมเครื่องมือ และแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล 7 ชุด
  3. หนังสือยินยอม 7 ชุด
  4. เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมตนให้การทำวิจัย จท 2.1
  5. หนังสือยินยอมตนให้การทำวิจัย จท 2.2
  6. หนังสือรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวมยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กโดยแยกโรค ตาม Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR) ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเพศชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 6 -11 ปี และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเพศชาย หรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 130 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมยุรา ชัยเดช เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธ์ โทร. 0-2218-1153  
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157  
นางสาวมยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317

ที่ ศร 0512.11/๐๗๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพิราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๗ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป)  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมวิจัย ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก โดยแยกโรค ตาม Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR) ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเพศชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 6 -11 ปี และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเพศชาย หรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 -59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 87 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดความรุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวยุรา ชัยเดช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157

นางสาวยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317

ที่ ศบ 0512.11/ 0992



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพร ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

|| มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขออนุมัติบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1. แพทย์หญิง วัฒนรัตน์ วันเพ็ญ | แพทย์ชำนาญการพิเศษเด็กและวัยรุ่น   |
| 2. นางพรทิพย์ วชิรติลก         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง วัฒนรัตน์ วันเพ็ญ และนางพรทิพย์ วชิรติลก  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157  
นางสาวมยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

11 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขออนุมัติบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1. นางสาวกิติ ชุ่มจิตร     | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. นางสาววิมล เนติวิธรรกุล | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นางสาวกิติ ชุ่มจิตร และนางสาววิมล เนติวิธรรกุล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157  
นางสาวยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317



ที่ ศธ 0512.11/0992

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

↑ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางฉิม สกลนุ้ม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางฉิม สกลนุ้ม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153

อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157

นางสาวยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317

ที่ ศธ 0512.11/ 2206

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ ธันวาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นที่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นที่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัย ดังนี้

1. นางสุภาวดี ชุ่มจิตร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. นางสาวไพบรียา จิระอรุณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นที่ปรึกษาในการเก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นางสุภาวดี ชุ่มจิตร และ นางสาวไพบรียา จิระอรุณ  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล โทร. 0-2218-1157  
นางสาวยุรา ชัยเดช โทร. 086-8805-317

**Re: I am Mayura interested in your instrument from Thailand**

From: **Riley, Anne** (ariley@jhsp.edu)  
Sent: Thursday, March 22, 2012 10:38:47 PM  
To: mayura chaidare (aom\_chy@hotmail.com)  
Cc: yuni\_jintana@hotmail.com (yuni\_jintana@hotmail.com); Cline, Amanda (acline@jhsp.edu)  
2 attachments  
translation guide 05-02-02.doc (50.0 KB) , CHIP-CE PRF-45.pdf (228.5 KB)

Dear Mayura:

We would accept your use of the CHIP-CE in your proposed study of 6-11 year old children, if you are able to do a scientifically valid translation into Thai. There is also a parent report version that may be useful, although of course we think the children's perspectives are central to understanding their HRQOL.

Our concern is that the translation into Thai is accurate and culturally valid. It is important to maintain the intent of the questions so that they mean the same thing for Thai children as they do for US children. I am certain that you also want this. But it is time-consuming and expensive to do such a translation. Do you have the resources to do this? I have attached the translation guidelines that we require to be followed for the CHIP to be translated. I would be glad to review the back translation, as well as. I could do this after a fluent English speaking Thai person reviews the back translation. That person could identify any questions about the back translation and I can help you decide if an item needs to be translated again.

Dr. Yunibhand, I would appreciate your confirmation that Mayura would have the translation resources necessary to conduct a scientifically credible translation of the CHIP into Thai.

I have also attached the CHIP-CE 45-item Parent Report Form for your review. I send this because it does not have illustrations. The child version has illustrations, but is a very big file that may not come through the email system. I will try to send it to you in a few minutes. Of course, the child version items say "I..." rather than "My child..."

Once I have confirmation that you are able to do the translation using a procedure like the one that we have outlined, we will give you permission to do so. There will not be a fee for the use since you are not using the CHIP for financial profit.

Sincere wishes for your success.

Kind Regards,  
Anne

Anne W. Riley, Ph.D., Professor  
Dept. of Population, Family & Reproductive Health  
Bloomberg School of Public Health  
Johns Hopkins University  
E4539 - 615 N. Wolfe Street  
Baltimore, MD 21205  
Office: 410 955 1058

---

From: mayura chaidare <aom\_chy@hotmail.com>  
Date: Thu, 22 Mar 2012 05:09:44 -0400





ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้าน  
สุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัย นางสาว มยุรา ชัยเดช

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 236/79 หมู่ 4 ต. ในคลองบางปลากด อ. พระสมุทรเจดีย์ จ.สมุทรปราการ  
รหัส 10290

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086- 8805317

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิต  
ด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา  
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหา  
พฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย  
นอกที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์  
จำนวน 187 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก ดังนี้

**เกณฑ์คัดเข้า:** บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

1. เพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
2. เป็นผู้ที่มีเวลาอยู่กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลามากกว่า 6  
เดือนขึ้นไป และเจาะจงเฉพาะช่วงเวลาที่ได้ก่อกำเนิด เช่น ก่อนเด็กไปโรงเรียน 6-8 โมงเช้าก่อนไป  
โรงเรียน และหลังกลับจากโรงเรียน 15.00-20.00 น. ซึ่งไม่นับช่วงเวลาเด็กนอนในตอนกลางคืน
3. สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย
4. ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการดูแล ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

- 5.1) รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์  
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
- 5.2) เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น
- 5.3) เป็นเด็กชายและหญิง ช่วงอายุระหว่าง 6-11 ปี

**เกณฑ์คัดออก:** บิดามารดาหรือผู้ปกครอง

1. ไม่สามารถสื่อสารตอบคำถามได้

2. ไม่เข้าใจคำถาม

5.ประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.1 เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

5.2 นำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาออกแบบแผนการบำบัดทางการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าระวังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีคุณภาพ

5.3 เป็นแนวทางในการทำวิจัยในด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กอย่างมีคุณภาพ

6.กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

6.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ และสถาบันสุขภาพจิตเด็กราชนครินทร์ ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

6.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วย แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว 8 ข้อ ใช้ระยะเวลา 2 นาที

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ 18 ข้อ ใช้ระยะเวลา 5 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็ก 25 ข้อ ใช้ระยะเวลา 8 นาที

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 76 ข้อ ใช้ระยะเวลา 20 นาที

รวมจำนวนข้อทั้งหมด 127 ข้อ ใช้เวลา ทั้งหมด 35-40 นาที

6.3 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงต่อตัวท่านและลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครอง อย่างไรก็ดี การตอบแบบสอบถามอาจเป็นการรบกวนเวลาของท่าน และอาจทำให้ท่านเกิดความรู้สึกไม่สบายใจบ้าง ท่านสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ทันที และหากท่านรู้สึกไม่สบายใจมากผู้วิจัยจะให้คำแนะนำตามความเหมาะสมต่อไป

6.4 หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวมยุรา ชัยเดช เบอร์โทร 086-8805317 ได้ตลอดเวลา

6.5 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครองจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

6.6 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้าน  
สุขภาพ ของเด็กสมาธิสั้น

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมยุรา ชัยเดช

ที่อยู่ติดต่อ ติดต่อกัน 236/79 หมู่ 4 ต. ในคลองบางปลากด อ. พระสมุทรเจดีย์ จ.สมุทรปราการ  
รหัสไปรษณีย์ 10290 (ที่บ้าน)

โทรศัพท์ 086- 8805317

E- Mail Address: aom\_chy@hotmail.com

ข้าพเจ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและ  
วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ในขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/  
อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูล  
สำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย  
จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสาร  
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบ  
แบบสอบถามภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ  
วิจัยจำนวน 4 ชุดซึ่งประกอบด้วยคำถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว 8 ข้อ ใช้ระยะเวลา 2 นาที

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ 18 ข้อ ใช้ระยะเวลา 5 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็ก 25 ข้อ ใช้ระยะเวลา 8 นาที

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 76 ข้อ ใช้ระยะเวลา 20 นาที

รวมจำนวนข้อทั้งหมด 127 ข้อ ใช้เวลา ทั้งหมด 35-40 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัว  
ออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆและไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา ต่อข้าพเจ้า  
และลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครองทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าผู้วิจัยจะ เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการ รายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้า

หากลูก/หลาน/เด็กที่อยู่ในปกครองของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรง ตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

เลขที่.....

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถาม

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรุนแรงของอาการ 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเด็ก 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 76 ข้อ

2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูล เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลใดๆต่อการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียด จนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบคำถามจนครบทุกข้อ ตามความเป็นจริงมากที่สุด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความรู้สึก โดยไม่ต้องเขียนชื่อ-นามสกุล ลงไปในแบบสอบถามนี้

4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ จะถือว่าเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

5. แบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 35-40 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นาง มยุรา ชัยเดช

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว (ใช้ระยะเวลา 2 นาที)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพความเป็น

จริงของผู้ตอบ

#### ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบคำถาม

1. ความสัมพันธ์ของคุณกับลูก/หลานของคุณเป็นแบบใด

[ ] แม่ผู้ให้กำเนิด

[ ] แม่บุญธรรม

[ ] แม่เลี้ยง

[ ] แม่อุปถัมภ์

[ ] คุณยายหรือคุณย่า

[ ] พ่อผู้ให้กำเนิด

[ ] พ่อบุญธรรม

[ ] คุณตาหรือคุณปู่

[ ] อื่นๆ-โปรดอธิบาย\_\_\_\_\_

2. เพศของคุณ คือเพศใด

[ ] ชาย [ ] หญิง

3. คุณอายุเท่าไร\_\_\_\_\_

4. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อยู่ด้วยกันภายในบ้านที่มีการเจ็บป่วยทางร่างกายและอาการทางจิตได้รับการรักษาต่อเนื่อง

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

[ ] ซ้ออักเสบ [ ] โรคเลือด

[ ] มะเร็ง [ ] เบาหวาน

[ ] โรคหัวใจ [ ] ความดัน

[ ] โรคไต [ ] วัณโรค

[ ] โรคหลอดเลือดสมอง [ ] โรคชัก

[ ] โรคสมาธิสั้น [ ] ออทิสติก

[ ] โรคจิตเภท [ ] โรคซึมเศร้า

[ ] โรควิตกกังวล [ ] โรคเครียด

อาการทางจิต อื่นๆ (โปรดระบุ).....

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูก/หลานของคุณ**

5. เพศของผู้ถูก/หลานของคุณ คือเพศใด

ชาย                       หญิง

6. ผู้ถูก/หลานของคุณอายุเท่าใด      อายุ: \_\_\_\_\_

7. ผู้ถูก/หลานของคุณเรียนชั้นใด หากเป็นช่วงปิดเทอมใหญ่เขากำลังจะขึ้นชั้นใด  
ชั้น \_\_\_\_\_

8. การอยู่ร่วมกันของบิดา-มารดาของผู้ถูก/หลานของคุณ

บิดามารดาอยู่ด้วยกัน

บิดามารดาแยกกันอยู่

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของอาการ (ใช้ระยะเวลา 5 นาที)

แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น SNAP-IV (Short Form)

ลักษณะพฤติกรรม	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆเช่น การบ้าน				
2. ทำอะไรนานๆไม่ได้				
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย				
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆไม่เป็น				
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ				
7. ทำของหายบ่อยๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)				
8. วอกแวกง่าย				
9. จี้ลื้ม				
10. เมื่อเท้าหยุกหยิก นั่งบิดไปบิดมา				
11. นั่งไม่คิดที่ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย				
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนไม่รู้กาลเทศะ				
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆไม่เป็น				
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน “ติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา				
15. พูดมาก				
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ				
17. ไม่ชอบรอคิว				
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้อื่นกำลังสนทนากัน)				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

(ใช้ระยะเวลา 8 นาที)

ลักษณะพฤติกรรม	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
2. อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่งๆไม่ได้			
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)			
5. มักจะอาละวาด หรือ โมโห ร้าย			
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ที่ต้องการ			
8. กังวลใจหลายเรื่อง วิตกกังวลเสมอ			
9. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
10. อยู่ไม่สุข รุนวายเป็นอย่างมาก			
11. มีเพื่อนสนิท			
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
16. เกรียดยิ้มขอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจในตนเอง			
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
18. ชอบโกหก หรือจู้จิก			
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก			
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)			
21. คิดก่อนทำ			
22. ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น			
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			
24. จู้จิก รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจในการทำงาน			

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ใช้ระยะเวลา 20 นาที)

คำแนะนำ ขอบคุนสำหรับความร่วมมือในการกรอกแบบสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพของลูก/หลาน  
ของคุณ

โปรดอ่านคำแนะนำอย่างละเอียดก่อนตอบคำถามใดๆ คำถามส่วนใหญ่ถามเกี่ยวกับ  
ความรู้สึกของเด็กและกิจกรรมต่างๆ ที่พวกเขาทำในช่วงเวลาหนึ่ง บางคำถามถามถึงช่วงสี่สัปดาห์  
ที่ผ่านมา บางคำถามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และบางคำถามถามถึงความรู้สึกหรือกิจกรรม  
โดยทั่วไป

#### สุขภาพของลูก/หลาน

แต่ละประโยคตรงกับลูก/หลานของคุณเพียงใด	ไม่เคยเลย	แทบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	เกือบ สม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
1. ลูก/หลานของคุณรู้สึกสนุกมาก					
2. ลูก/หลานของคุณรู้สึกสุขภาพดีมาก					
3. ลูก/หลานของคุณรู้สึกแข็งแรงดีมาก					
4. ลูก/หลานของคุณรู้สึกมีความสุข					
5. ลูก/หลานของคุณป่วย					

คุณเห็นด้วยกับแต่ละประโยคเพียงใด	ฉันไม่ เห็นด้วย	ฉันเห็น ด้วย เล็กน้อย	ฉัน ค่อนข้าง เห็นด้วย	ฉันเห็น ด้วยโดย ส่วนใหญ่	ฉันเห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6. ลูก/หลานของฉันภูมิใจในตัวเอง					
7. ลูก/หลานของฉันชื่นชอบตัวเอง					
8. ลูก/หลานของฉันชอบรูปร่างหน้าตาของตัวเอง					
9. ลูก/หลานของฉันรู้สึกว่าเป็นที่รักและเป็น ที่ต้องการ					
10. ลูก/หลานของฉันร่างกายแข็งแรง					
11. ลูก/หลานของฉันมีส่วนร่วม					

คุณเห็นด้วยกับแต่ละประโยคเพียงใด	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
12. สุขภาพของลูกของคุณ					

คำถามต่อไปนี้อ้างอิงเกี่ยวกับสุขภาพของลูก/หลานของคุณในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สุขภาพของลูก/หลานคุณในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่มีเลย	บางครั้ง	เกือบสม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
13. คั่นผิวหนังทั้งวัน					
14. มีอาการไอ					
15. มีอาการปวดหู					
16. มีอาการเจ็บคอ					
17. มีอาการหายใจลำบาก					
18. มีอาการปวดที่ทำให้เขารำคาญ					
19. มีอาการปวดศีรษะ					
20. มีอาการปวดท้องอย่างมาก					
21. มีปัญหานอนไม่หลับ					
22. รู้สึกเศร้ามาก					
23. มีปัญหาเรื่องการผ่อนคลาย					
24. รู้สึกกระวนกระวาย					
25. หงุดหงิดอารมณ์เสีย					
26. รู้สึกอารมณ์เสียง่ายหรือรำคาญ					
27. ร้องไห้มาก					
28. รู้สึกกังวลมาก					
29. รู้สึกหวาดกลัว					
30. ขาดโรงเรียนเกินครึ่งวันเพราะปัญหาด้านสุขภาพหรืออารมณ์ (หากยังไม่เข้าโรงเรียน ไม่ต้องตอบข้อนี้)					
31. มีปัญหาในการเดินหนึ่งช่วงตึก (ประมาณ 200 เมตร)					
32. มีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดทอดหนึ่ง (ประมาณ 14 ขั้น)					

สุขภาพของลูก/หลานคุณในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	บางครั้ง	เกือบสม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
33. มีปัญหาเรื่องการวิ่ง					
34. รู้สึกเบื่อมากที่จะเล่นในบ้าน					
35. รู้สึกเบื่อมากที่จะไปโรงเรียน (หากยังไม่เข้าโรงเรียน ไม่ต้องตอบข้อนี้)					
36. รู้สึกเบื่อที่จะเล่นนอกบ้าน					

### เมื่อลูก/หลานของคุณอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ทำร่วมกับลูก/หลานในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลยสักวัน	น้อยวันมาก	บางวัน	เกือบทุกวัน	ทุกวัน
37. ใช้เวลากับลูก/หลานของคุณทำบางสิ่งบางอย่างที่สนุก					
38. อ่านหนังสือกับเด็ก					
39. รับประทานอาหารร่วมกับเด็ก					
40. รับฟังความคิดของเด็ก					
41. เข้ากันกับเด็กได้ดี					
42. พูดคุยกับลูก/หลานเกี่ยวกับสิ่งที่จะทำในวันถัดไป/วันพรุ่งนี้					
43. พูดคุยกับลูกของคุณเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา					

กิจกรรมที่ลูก/หลานทำในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลยสักวัน	น้อยวันมาก	บางวัน	เกือบทุกวัน	ทุกวัน
44. เล่นเกมส์ที่กระฉับกระเฉงหรือกีฬา					
45. เล่นหนักมากพอ จนเหงื่อเริ่มออกและหายใจแรง					
46. วิ่งหนักขณะที่เล่น หรือเล่นกีฬา					

กิจกรรมที่ลูก/หลานทำในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	บางครั้ง	เกือบสม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
47. มีผู้ใหญ่ที่เขาสามารถไปหาเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหนักๆ					
48. ลืมมองก่อนข้ามถนน					
49. ทำสิ่งที่เป็นอันตราย					
50. ทำอย่างไม่ระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยของตนเอง					
51. ออกไปข้างนอกโดยที่ไม่บอกใคร					

### กิจกรรมกับเพื่อนของลูก/หลาน

52. ลูกของคุณสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ดีเพียงใด

ไม่ดีเลย

ค่อนข้างดี

ดี

ดีมาก

ดีเยี่ยม

53. ลูกของคุณมีเพื่อนกี่คน

ไม่มีเลย

น้อยมาก / น้อยกว่า 2-3 คน

จำนวนหนึ่ง / 4-5 คน

มาก / มากกว่า 6 คน

มากมาย / มากมายนับไม่ถ้วน



พฤติกรรมกับเพื่อนและพฤติกรรมทางสังคมของลูกหลานในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างสม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
54. เข้ากันได้ดีกับเพื่อนๆ ของเขา					
55. เล่นคนเดียวเพราะไม่มีใครอยากเล่นด้วย					
56. ปู่จะทำร้ายคนอื่น					
57. ขโมยของ					
58. ทำลายข้าวของของคนอื่น					
59. ฝ่าฝืนกฎเพียงเพื่อลองดูว่าเขาจะรอดตัวหรือไม่					
60. เด็กคนอื่นๆ รังแกลูก/หลานของคุณบ่อยเพียงใด					
61. โกหก หรือ โกง					
62. คบกับเพื่อนที่มีปัญหา					
63. รังแกเด็กคนอื่น					

ในกรณีที่ลูก/หลานของคุณมีปัญหารุนแรง หรือต่อสู้กับเพื่อนดีๆ คนหนึ่งและเขาารู้สึกแย่กับปัญหานั้น มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่เด็กจะทำการต่อไปนี้

ลูก/หลานของคุณจะ	เป็นไปได้ยาก	ไม่น่าเป็นไปได้	ค่อนข้างเป็นไปได้	เป็นไปได้	เป็นไปได้มาก
64. พูดคุยกับคนอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษา					
65. พยายามหลายๆทางเพื่อแก้ปัญหา					
66. พูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา					
67. หันเข้าหาครอบครัวเพื่อช่วยให้เขารู้สึกดีขึ้น					
68. ขอความช่วยเหลือก่อนที่ปัญหาจะลุกลามใหญ่โต					

การเรียนรู้ของลูก/หลานของคุณ

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่เด็กไปโรงเรียนเขา ทำสิ่งเหล่านี้ได้ดีเพียงใด	ไม่ดี เลย	ค่อนข้าง ดี	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
69.งานที่โรงเรียน					
70.คณิตศาสตร์					
71.การอ่าน					
72.การจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโรงเรียน					

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่ลูก/หลาน ของคุณไปโรงเรียน เขาทำสิ่งเหล่านี้บ่อย เพียงใด	ไม่เคย เลย	แทบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	เกือบ สม่ำเสมอ	สม่ำเสมอ
73.มีปัญหาที่โรงเรียน					
74.เข้ากับคุณครูได้ดี					
75.ทำการบ้านเสร็จทุกวิชา					
76.มีปัญหาเรื่องสมาธิในการเรียน					

ภาคผนวก ง  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย  
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สูตรดังนี้

$$P = \left[ \frac{f}{n} \right] \times 100$$

เมื่อ P แทนค่าสถิติร้อยละ

f แทนความถี่ของข้อมูล

n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. ค่าเฉลี่ย (Mean:  $\bar{X}$ )

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{n}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  แทนค่าคะแนนเฉลี่ย

$\Sigma X$  แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) การหาเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้แปลความหมายของข้อมูลต่างๆ

$$SD = \sqrt{\frac{n\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S.D. แทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง

X แทนคะแนนแต่ละตัวในกลุ่มตัวอย่าง

n แทนจำนวนสมาชิกในกลุ่มตัวอย่าง

$\Sigma X^2$  แทนผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$  แทนผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

4.คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearsons' Product Moment Correlation Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$r_{xy}$  หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum x$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนชุด  $x$  (ตัวแปรอิสระ)

$\sum y$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนชุด  $y$  (ตัวแปรตาม)

$\sum xy$  หมายถึง ผลรวมของผลคูณระหว่าง  $x$  กับ  $y$

$\sum x^2$  หมายถึง ผลรวมทั้งหมดของคะแนน  $x$  แต่ละตัวยกกำลัง 2

$\sum y^2$  หมายถึง ผลรวมทั้งหมดของคะแนน  $y$  แต่ละตัวยกกำลัง 2

## 1. การหาความเที่ยงของคุณภาพเครื่องมือที่ใช้การวิจัยฉบับทดสอบ (N=30)

## 1.1 แบบวัดความรุนแรงของอาการ

## RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

ข้อ		Mean	Std. Deviation	N
1	SN1	1.53	0.629	30
2	SN2	1.5	0.731	30
3	SN3	1.3	0.877	30
4	SN4	1.3	0.915	30
5	SN5	1.6	0.814	30
6	SN6	1.23	0.817	30
7	SN7	1.67	0.844	30
8	SN8	1.7	0.837	30
9	SN9	1.6	0.968	30
10	SN10	1.2	0.887	30
11	SN11	1.47	0.86	30
12	SN12	1.23	0.898	30
13	SN13	1.33	0.922	30
14	SN14	1.67	0.922	30
15	SN15	1.8	0.805	30
16	SN16	1.6	0.675	30
17	SN17	1.37	0.765	30
18	SN18	1.6	0.675	30

N of Cases = 30

	Mean	Min	Max	Range	Max/ Min	Variance
Item Variances	0.689	0.395	0.938	0.543	2.372	0.024

Reliability Coefficients 18itemsAlpha = .928 Standardized item alpha = .928

## 1.2 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก

## RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

ข้อที่		Mean	Std. Deviation	N
1	SD1	1.27	0.691	30
2	SD2	0.9	0.712	30
3	SD3	1.43	0.626	30
4	SD4	1.27	0.74	30
5	SD5	1.37	0.718	30
6	SD6	1.4	0.724	30
7	SD7	0.93	0.64	30
8	SD8	1.33	0.661	30
9	SD9	1.1	0.607	30
10	SD10	0.93	0.691	30
11	SD11	1.33	0.661	30
12	SD12	1.63	0.556	30
13	SD13	1.4	0.563	30
14	SD14	1.27	0.64	30
15	SD15	0.87	0.681	30
16	SD16	1.07	0.74	30
17	SD17	1.3	0.794	30
18	SD18	1.33	0.711	30
19	SD19	1.47	0.571	30
20	SD20	0.9	0.662	30
21	SD21	0.73	0.64	30
22	SD22	1.4	0.77	30
23	SD23	1.1	0.548	30
24	SD24	1.33	0.711	30
25	SD25	0.63	0.556	30

N of Cases = 30

	Mean	Min	Max	Rang	Max/Min	Variance
Item Variances	0.689	0.395	0.938	0.543	2.372	0.024
Reliability Coefficients 18 itemsAlpha = .928 Standardized item alpha = .928						

## 1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

## RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

ข้อที่		Mean	Std. Deviation	N
1	Q1	3.57	0.971	30
2	Q2	3.83	0.95	30
3	Q3	3.9	0.845	30
4	Q4	3.97	0.85	30
5	Q5	2.83	1.289	30
6	Q6	3.13	0.86	30
7	Q7	3.3	0.877	30
8	Q8	3.2	0.997	30
9	Q9	3.57	0.971	30
10	Q10	4	0.788	30
11	Q11	3.87	1.167	30
12	Q12	2.83	1.289	30
13	Q13	3.3	0.877	30
14	Q14	3.87	1.167	30
15	Q15	3.47	1.042	30
16	Q16	3.87	1.167	30
17	Q17	4.7	0.651	30
18	Q18	4.17	0.874	30
19	Q19	3.87	1.167	30
20	Q20	3.47	1.042	30
21	Q21	4.07	0.944	30
22	Q22	4.7	0.651	30
23	Q23	4.5	0.777	30



ข้อที่		Mean	Std.	N
			Deviation	
24	Q24	4.17	0.874	30
25	Q25	3.47	1.042	30
26	Q26	3.33	0.922	30
27	Q27	4.07	1.015	30
28	Q28	4.17	0.874	30
29	Q29	3.33	0.922	30
30	Q30	4.73	0.64	30
31	Q31	4.6	0.814	30
32	Q32	4.63	0.85	30
33	Q33	4.6	0.814	30
34	Q34	3.6	1.276	30
35	Q35	4.17	0.874	30
36	Q36	3.87	1.167	30
37	Q37	3.6	1.276	30
38	Q38	3.47	1.042	30
39	Q39	4.2	0.997	30
40	Q40	3.8	0.805	30
41	Q41	4.1	0.662	30
42	Q42	3.6	1.102	30
43	Q43	3.47	1.042	30
44	Q44	3.8	0.805	30
45	Q45	2.63	0.928	30
46	Q46	3.7	0.952	30
47	Q47	3.87	1.167	30

ข้อที่		Mean	Std. Deviation	N
48	Q48	2.83	1.289	30
49	Q49	3.7	0.952	30
50	Q50	3.3	1.022	30
51	Q51	3.7	1.291	30
52	Q52	3.1	1.029	30
53	Q53	3.67	1.184	30
54	Q54	3.87	0.776	30
55	Q55	3.87	1.167	30
56	Q56	2.9	0.803	30
57	Q57	4.47	0.937	30
58	Q58	4.27	0.907	30
59	Q59	4.2	0.997	30
60	Q60	3.57	0.935	30
61	Q61	3.9	0.995	30
62	Q62	3.57	0.935	30
63	Q63	4.3	0.915	30
64	Q64	2.9	0.803	30
65	Q65	2.5	0.82	30
66	Q66	2.53	0.973	30
67	Q67	3.87	1.167	30
68	Q68	3.57	0.935	30
69	Q69	2.63	0.928	30
70	Q70	2.47	1.008	30
71	Q71	2.47	1.106	30
72	Q72	2.6	0.932	30

	ข้อที่		Mean	Std. Deviation	N	
	73	Q73	3.67	0.802	30	
	74	Q74	4	0.695	30	
	75	Q75	3.87	1.167	30	
	76	Q76	2.83	1.289	30	
N of Cases = 30						
	Mean	Min	Max	Range	Max / Min	Variance
Item Variances	0.971	0.409	1.666	1.256	4.07	0.111

Reliability Coefficients 76items

Alpha = .962 Standardized item alpha = .962

ตารางที่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อที่	Mean	SD	N
Q1	4.07	0.56	187
Q2	4.07	0.62	187
Q3	4.12	0.60	187
Q4	4.10	0.59	187
Q5	3.68	0.60	187
Q6	3.72	0.89	187
Q7	3.72	0.85	187
Q8	3.68	0.88	187
Q9	3.98	0.93	187
Q10	4.03	0.81	187
Q11	3.82	0.98	187
Q12	3.09	0.78	187
Q13	4.20	1.08	187
Q14	3.43	0.86	187
Q15	4.64	0.78	187
Q16	3.79	0.98	187
Q17	4.07	1.01	187
Q18	4.27	0.95	187
Q19	4.25	0.95	187
Q20	4.21	0.97	187
Q21	4.39	0.96	187
Q22	4.59	0.75	187
Q23	4.72	0.63	187
Q24	4.11	1.01	187
Q25	3.49	1.02	187
Q26	3.48	1.00	187

ข้อที่	Mean	SD	N
Q27	4.31	0.95	187
Q28	4.10	1.01	187
Q29	3.99	1.08	187
Q30	4.73	0.66	187
Q31	4.82	0.55	187
Q32	4.84	0.55	187
Q33	4.82	0.62	187
Q34	4.11	1.11	187
Q35	4.41	0.93	187
Q36	4.63	0.72	187
Q37	3.61	0.99	187
Q38	3.29	1.05	187
Q39	4.58	0.77	187
Q40	4.43	0.82	187
Q41	4.61	0.63	187
Q42	3.95	1.07	187
Q43	4.01	0.98	187
Q44	3.15	0.86	187
Q45	1.95	1.03	187
Q46	2.90	0.96	187
Q47	2.87	0.98	187
Q49	3.87	1.07	187
Q50	3.63	1.13	187
Q51	4.03	1.14	187
Q52	3.09	0.86	187
Q53	4.03	1.06	187

ข้อที่	Mean	SD	N
Q54	4.04	0.79	187
Q55	4.21	1.02	187
Q56	4.76	0.61	187
Q57	4.71	0.72	187
Q58	4.67	0.71	187
Q59	4.11	1.04	187
Q60	3.58	0.93	187
Q61	4.09	1.03	187
Q62	4.32	0.89	187
Q63	4.58	0.79	187
Q64	2.81	0.85	187
Q65	2.81	0.77	187
Q66	2.71	0.81	187
Q67	3.26	0.80	187
Q68	3.10	0.78	187
Q69	2.51	0.87	187
Q70	2.47	0.94	187
Q71	2.35	0.99	187
Q72	2.51	0.84	187
Q73	3.52	0.83	187
Q74	4.05	0.67	187
Q75	3.97	1.02	187
Q76	2.49	0.72	187

Mean	MinMax	Rang	Max/Min	Variance
Item Means	3.831	1.9474.84	2.893 2.486	0.478
Item Variances	0.782	0.297 1.289	0.993 4.346	0.074

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items
0.908	0.912

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจำแนกรายข้อ

ข้อที่	$\bar{X}$	SD
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆ เช่น การบ้าน	1.72	0.77
2. ทำอะไรนานๆ ไม่ได้	1.72	0.85
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย	1.42	0.85
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จหรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ	1.37	0.90
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆไม่เป็น	1.64	0.83
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ	1.43	0.92
7. ทำของหายบ่อยๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)	1.69	0.94
8. วอกแวกง่าย	1.89	0.89
9. ขี้ลืม	1.68	0.93
10. มือเท้าหยุกหยิก นั่งบิดไปบิดมา	1.48	0.99
11. นั่งไม่คิดที่ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย	1.46	0.86
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนไม่รู้กาลเทศะ	1.09	0.94
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆไม่เป็น	1.24	0.84
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "ติดเครื่องอยู่ตลอดเวลา"	1.61	1.01
15. พุดมาก	1.97	0.86
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ	1.68	0.86
17. ไม่ชอบรอคิว	1.4	0.88
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พุดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)	1.78	0.88

จากตารางที่ 10 พบว่า ข้อคำถามความรุนแรงของอาการ จำนวน 18 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 15 พุดมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 รองลงมา ข้อ 8 วอกแวกง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 รองมาคือ ข้อ 18 ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พุดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.78

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจำแนกรายข้อ



ข้อที่	$\bar{X}$	SD
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น	0.63	0.70
2. อยู่ไม่นั่งนิ่งๆไม่ได้	1.35	0.68
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย	0.59	0.75
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)	0.46	0.66
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย	0.62	0.72
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว	0.54	0.74
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ที่ต้องการ	1.04	0.66
8. กังวลใจหลายเรื่อง วิตกกังวลเสมอ	0.55	0.72
9. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ	0.89	0.79
10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก	1.14	0.74
11. มีเพื่อนสนิท	0.42	0.62
12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น	0.36	0.62
13. คู่มือมีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย	0.33	0.61
14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน	0.47	0.62
15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น	1.47	0.64
16. เกรียดยิ้มยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจ	1.01	0.80
17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า	0.32	0.59
18. ชอบโกหก หรือขี้โก่ง	0.55	0.70
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก	0.85	0.83
20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)	0.68	0.73
21. คิดก่อนทำ	0.51	0.68
22. ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น	0.16	0.47
23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน	1.34	0.73
24. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย	0.86	0.81
25. ทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจในงาน	0.81	0.59

จากตารางที่ 11 พบว่า ข้อคำถามปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำนวน 25 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 15 วอกแวกง่าย สมาธิสั้นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 รองลงมา ข้อ 2 อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่งๆ ไม่ได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.35 รองมาคือ ข้อ 23 เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกันค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายข้อ

ข้อที่	$\bar{X}$	SD
1. ลูก/หลานของคุณรู้สึกสนุกมาก	4.07	0.56
2. ลูก/หลานของคุณรู้สึกสุขภาพดีมาก	4.07	0.62
3. ลูก/หลานของคุณรู้สึกแข็งแรงดีมาก	4.12	0.60
4. ลูก/หลานของคุณรู้สึกมีความสุข	4.10	0.59
5. ลูก/หลานของคุณป่วย	3.68	0.60
6. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจในตัวเองมาก	3.72	0.89
7. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจชอบตัวเองมาก	3.72	0.85
8. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจชอบรูปร่างหน้าตาของตัวเองมาก	3.68	0.88
9. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจว่าเป็นที่รักและเป็นที่ต้องการ	3.98	0.93
10. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจร่างกายแข็งแรง	4.03	0.81
11. ลูก/หลานของฉันทึ่งใจส่วน	3.82	0.98
12. สุขภาพของลูกของคุณเป็นอย่างไร	3.09	0.78
13. คับคั่งหนักทั้งวัน	4.20	1.08
14. มีอาการไอ	3.43	0.86
15. มีอาการปวดหู	4.64	0.78
16. มีอาการเจ็บคอ	3.79	0.98
17. มีอาการหายใจลำบาก	4.07	1.01
18. มีอาการปวดที่ทำให้เขารำคาญ	4.27	0.95
19. มีอาการปวดศีรษะ	4.25	0.95
20. มีอาการปวดท้องอย่างมาก	4.21	0.97

## ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อที่	$\bar{X}$	SD
21. มีปัญหานอนไม่หลับ	4.39	0.96
22. รู้สึกเศร้ามาก	4.59	0.75
23. มีปัญหาเรื่องการผ่อนคลาย	4.72	0.63
24. รู้สึกกระวนกระวาย	4.11	1.01
25. คุณหงุดหงิดอารมณ์เสีย	3.49	1.02
26. รู้สึกอารมณ์เสียง่ายจี้รำคาญ	3.48	1.00
27. ร้องไห้มาก	4.31	0.95
28. รู้สึกกังวลมาก	4.10	1.01
29. รู้สึกหวาดกลัว	3.99	1.08
30. ขาดโรงเรียนเกินครึ่งวันเพราะปัญหาด้านสุขภาพหรืออารมณ์ (หากยังไม่เข้าโรงเรียน ไม่ต้องตอบข้อนี้)	4.73	0.66
31. มีปัญหาในการเดินหนึ่งช่วงตึก(ประมาณ 200เมตร)	4.82	0.55
32. มีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดทอดหนึ่ง( 14 ชั้น)	4.84	0.55
33. มีปัญหาเรื่องการวิ่ง	4.82	0.62
34. รู้สึกเบื่อมากที่จะเล่นในบ้าน	4.11	1.11
35. รู้สึกเบื่อมากที่จะไปโรงเรียน (หากยังไม่เข้าโรงเรียน ไม่ต้องตอบข้อนี้)	4.41	0.93
36. รู้สึกเบื่อที่จะเล่นนอกบ้าน	4.63	0.72
37. ใช้เวลากับลูก/หลานของคุณทำบางสิ่งบางอย่างที่สนุก	3.61	0.99
38. อ่านหนังสือกับเด็ก	3.29	1.05
39. รับประทานอาหารร่วมกับเด็ก	4.58	0.77
40. รับฟังความคิดของเด็ก	4.43	0.82
41. เข้ากันกับเด็กได้ดี	4.61	0.63
42. พุดคุยกับลูก/หลานเกี่ยวกับสิ่งที่จะทำในวันถัดไป/วันพรุ่งนี้	3.95	1.07
43. พุดคุยกับลูกของคุณเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา	4.01	0.98

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อที่	$\bar{X}$	SD
44. เล่นเกมสกีที่กระฉับกระเฉงหรือกีฬา	3.15	0.86
45. เล่นหนักมากพอจนเหงื่อเริ่มออกและหายใจแรง	1.95	1.03
46. วิ่งหนักขณะที่เล่นหรือเล่นกีฬา	2.90	0.96
47. มีผู้ใหญ่ที่เขาสามารถไปหาเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหนักๆ	2.87	0.98
48. ลืมมองก่อนข้ามถนน	3.10	1.12
49. ทำสิ่งที่เป็นอันตราย	3.87	1.07
50. ทำอย่างไม่ระมัดระวังเรื่องความปลอดภัยของตนเอง	3.63	1.13
51. ออกไปข้างนอกโดยที่ไม่บอกใคร	4.03	1.14
52. ลูกของคุณสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนได้ดีเพียงใด	3.09	0.86
53. ลูกของคุณมีเพื่อนกี่คน	4.03	1.06
54. เข้ากันได้ดีกับเพื่อนๆของเขา	4.04	0.79
55. เล่นคนเดียวเพราะไม่มีใครอยากเล่นด้วย	4.21	1.02
56. ปู่จะทำร้ายคนอื่น	4.76	0.61
57. ขโมยของ	4.71	0.72
58. ทำลายข้าวของของคนอื่น	4.67	0.71
59. ฝ่าฝืนกฎเพียงเพื่อลองดูว่าเขาจะรอดตัว	4.11	1.04
60. เด็กคนอื่นๆรังแกลูก/หลานของคุณบ่อยเพียงใด	3.58	0.93
61. โทกหก หรือ โกง	4.09	1.03
62. คบกับเพื่อนที่มีปัญหา	4.32	0.89
63. รังแกเด็กคนอื่น	4.58	0.79
64. พุดคุยกับคนอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือหรือคำปรึกษา	2.81	0.85
65. พยายามหลายๆทางเพื่อแก้ปัญหา	2.81	0.77
66. พุดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา	2.71	0.81
67. หันเข้าหาครอบครัวเพื่อช่วยให้เขาารู้สึกดีขึ้น	3.26	0.80
68. ขอความช่วยเหลือก่อนที่ปัญหาจะลุกลามใหญ่โต	3.10	0.78

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อที่	$\bar{X}$	SD
69.งานที่โรงเรียน	2.51	0.87
70.คณิตศาสตร์	2.47	0.94
71.การอ่าน	2.35	0.99
72.การจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโรงเรียน	2.51	0.84
73.มีปัญหาที่โรงเรียน	3.52	0.83
74.เข้ากับคุณครูได้ดี	4.05	0.67
75.ทำการบ้านเสร็จทุกวิชา	3.97	1.02
76.มีปัญหาเรื่องสมาธิในการเรียน	2.49	0.72

จากตารางที่ 12 จากข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 76 ข้อ พบว่า ด้านความพึงพอใจ ข้อที่ได้คะแนน มากที่สุด คือข้อ 3 ลูก/หลานของคุณรู้สึกแข็งแรงดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 รองลงมา คือ ข้อ 4 ลูก/หลานของคุณรู้สึกมีความสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ด้านความสบายข้อที่ได้คะแนน มากที่สุด คือ ข้อที่ 30 ขาดโรงเรียนเกินครึ่งวัน เพราะปัญหาด้านสุขภาพหรืออารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 รองลงมา ข้อ 23 มีปัญหาเรื่องการผ่อนคลายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ ข้อที่ได้คะแนน มากที่สุด คือข้อ 32 มีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดทอดหนึ่ง ( 14 ขั้น) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 รองลงมา คือ ข้อ 31 มีปัญหาในการเดินหนึ่งช่วงตึก (ประมาณ 200 เมตร) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 และข้อ 33 มีปัญหาเรื่องการวิ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 ซึ่งทั้ง 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ข้อที่ได้คะแนน มากที่สุด คือ ข้อ 56 จะทำร้ายคนอื่นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 รองลงมา คือ ข้อ 57 ขโมยของมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบส่วนด้านความสำเร็จ ข้อที่ได้คะแนน มากที่สุด คือข้อ 55 เล่นคนเดียวเพราะไม่มีใครอยากเล่นด้วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ รองลงมา คือ ข้อ 54 เข้ากันได้ดีกับเพื่อนๆ ของเขามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04

**ภาคผนวก**  
**ผลการพิจารณาริษกรรม**



## บันทึกข้อความ

คณะกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดภูเก็ต
เลขที่หนังสือที่: 113
ว.ศ.ป. ๑๖ พ.ย. ๕๕
เวลา ๐๘.๓๐ น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ ขว 693/55

วันที่ 12 พฤศจิกายน 2555

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. หนังสือแสดงความยินยอม
  4. แบบสอบถาม

ตามที่ นางสาวนุรา ชัยเดช นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 101.2/55 เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, CLINICAL FACTORS, AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CHILDREN WITH ADHD) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นิตยา ใจดี  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิตยา ใจดี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 165/2555


## ใบรับรองโครงการวิจัย


โครงการวิจัยที่ 101.2/55 : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิต  
ด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมยุรา ชัยเดช

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....   
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....   
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 1 พฤศจิกายน 2555

วันหมดอายุ : 31 ตุลาคม 2556

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 101.2 / 55  
วันที่รับรอง - 1 พ.ย. 2555  
วันหมดอายุ 31 ต.ค. 2556

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น







ที่ สธ.๐๘๒๑ / ๙๕

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์  
๗๕/๑ พระรามที่ ๖ ราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๕.๑๑/๐๙๙๗  
ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งขอความอนุเคราะห์  
ให้นางสาวมยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บ  
รวบรวมข้อมูลการวิจัยในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก โดยแยกโรค ตาม Diagnostic and  
Statistical Manual Disorders,<sup>๔</sup> edition text revision (DSM-IV-TR) ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น เพศชายและ  
หญิง ช่วงอายุระหว่าง ๖-๑๑ ปี และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเพศชาย หรือหญิงที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๕๙ ปี ที่มารับ  
บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๘๗ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว แบบวัดความ  
รุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อเสนอเป็น  
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
ของเด็กสมาธิสั้น” นั้น

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้  
นางสาวมยุรา ชัยเดช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าวได้  
โดยมีนางสุจิตรา ศุภรฤทัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ดูแล ทั้งนี้ หากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว  
ขอให้จัดส่งให้สถาบันฯ เพื่อจัดเก็บเป็นข้อมูลต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวิศิลป์ วิชญโยธิน)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๒๒๔๘ ๘๘๘๐

โทรสาร ๐ ๒๒๔๘ ๘๘๘๘

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมยุรา ชัยเดช เกิดวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2521 ที่อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และในปี พ.ศ. 2553 ได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย